

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA INTEGRACIÓN DE UNA TERAPIA SISTÉMICA
COMO DIÁLOGO CONSTRUCCIONISTA”**

**INFORME DE PRÁCTICAS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LIC. EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA
ALEJANDRA ROMERO SUÁREZ

DIRECTOR:
DRA. MARIA DEL CARMEN MERINO GAMIÑO



MÉXICO D. F.

MAYO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM. 141
2009

M -

TPs.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias al Dr. Gilberto Limón que es el creador, conductor y organizador de mi Informe así como del Proyecto de Prácticas Profesionales. "Gracias por tú orientación y acompañamiento durante la práctica terapéutica".

A la Dra. Carmen Merino por haber aceptado terminar con la dirección de mi Informe, de la orientación en la etapa final y la culminación de este durante la estancia del Dr. Gilberto Limón en España.

De igual manera aprovecho para agradecer al Dr. Eduardo Herrasti, Dr. Jorge Pérez, Mtra. Luz María Rocha y Mtra. Eva Esparza por aportar su experiencia y conocimiento a mi Informe de Prácticas, la cual fue muy importante pues admiró su trayectoria y conocimientos.

Gracias a mi familia biológica, política y a mis mejores amigos (todos) por acompañarme en todos estos años de la licenciatura.

Gracias a mi tía Elizabeth, a mi mami, hermana, papá, sobrino y al amor de mi vida por ayudarme y apoyarme tanto durante la carrera.

Por último, dedicada a mí por mi esfuerzo y dedicación y sobretodo determinación en estos últimos meses para seguir creciendo profesionalmente.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2

Capítulo 1: INTRODUCCION A LA TERAPIA PSICOLOGICA

1.1. Origen de la psicoterapia.....	9
1.2. El desarrollo de la psicoterapia hasta la actualidad.....	11

Capítulo 2: HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.1. Bases Teóricas de la Terapia Sistémica.....	16
2.1.1. Teoría General de Sistemas.....	18
2.1.2. Propiedades de los sistemas abiertos.....	20
2.2. Cibernética.....	24
2.2.1. Cibernética de 0 orden.....	24
2.2.2. Cibernética de 1er orden.....	25
2.2.3. Cibernética de 2do orden.....	26
2.3. La Teoría de Comunicación Humana.....	28
2.3.1 Circularidad de las pautas de comunicación.....	33
2.4. Constructivismo.....	34
2.5. Objetivos principales de la Terapia Familiar.....	35
2.6. Modelos de la Terapia Sistémica.....	36
2.6.1. Modelo Estructural.....	37

2.6.1.1. Características del proceso del modelo estructural.....	41
2.6.1.2. Técnicas utilizadas.....	41
2.6.2. Modelo sistémico de Milán.....	43
2.6.2.1. Etapas de la sesión terapéutica.....	44
2.6.2.2. Elementos de la entrevista.....	46
2.6.2.3. Técnicas de intervención terapéutica.....	48
2.6.3. Modelo Estratégico de Jay Haley.....	51
2.6.3.1. Secuencia de la terapia.....	52
2.6.3.2. Aportaciones de Jay Haley.....	54

CAPITULO III: TERAPIA NARRATIVA.

3.1. La transición: de la Terapia Sistémica a la Terapia Narrativa.....	59
3.2. Del Constructivismo al Construccinismo Social.....	61
3.3. Construcción Social.....	63
3.4. La Terapia como Construcción Social.....	66
3.4.1. Harlene Anderson y Harold Goolishian.....	68
3.4.2. Lynn Hoffman.....	70
3.4.3. Tom Andersen.....	72
3.4.4. Gianfranco Cecchin.....	73
3.4.5. Michael White, David Epston y Kevin Murray.....	74
3.4.6. Kenneth Gergen y John Kaye.....	75
3.5. Equipo reflexivo.....	78
3.6. La Terapia Centrada en las Soluciones.....	81

3.6.1. Características Generales de la Terapia Centrada en Soluciones.....	82
3.6.2. Prácticas de conversación en Terapia Centrada en Soluciones.....	84
Descripción de un caso "In extenso".....	90
Caso "In extenso".....	94
Resultados.....	125
Conclusiones y discusión.....	131
Referencias.....	137

RESUMEN

En la actualidad existen varios enfoques para realizar terapias psicológicas, sin embargo, el presente Informe de prácticas pretende proponer nuevas formas de hacer terapia utilizando estrategias de intervención de la terapia sistémica, narrativa y centrada en soluciones, con el objeto de obtener resultados óptimos para los pacientes en un menor tiempo de intervención. Las sesiones terapéuticas se realizaron en el Centro de Servicios Psicológicos en la Facultad de Psicología, Programa de Titulación por Prácticas Profesionales, donde recibimos el caso de "Beatriz", una señora de 45 años de edad que mencionaba tener "depresión". Se trabajaron ocho sesiones utilizando estrategias terapéuticas, provenientes de los tres enfoques antes mencionados. El caso fue atendido por una terapeuta, un co-terapeuta (el supervisor: Dr. Limón) y un equipo reflexivo. Los resultados de la intervención reflejaron cambios óptimos, la paciente logró realizar actividades que había pospuesto, también logró modificar otras áreas de su vida de manera positiva.

INTRODUCCION

La psicoterapia y las concepciones que se han tenido de ella han evolucionado en la forma de abordar los problemas psicológicos, así como en las concepciones que se tienen de ella. Actualmente existe una gran variedad de psicoterapias que difieren en cuanto a sus principios y supuestos básicos, objetivos y métodos de intervención. A pesar de estas diferencias, las modalidades terapéuticas actuales coinciden en que la psicoterapia es una relación profesional entre dos personas: el terapeuta y el cliente (o consultante), que es una persona, una pareja, una familia, o un grupo, que solicita los servicios del terapeuta para encontrar una solución a un problema o conflicto actual en su vida.

El psicoanálisis fue la modalidad terapéutica, a nivel individual, con mayor influencia en las primeras décadas del siglo XX, hasta que los psicólogos, a mediados del siglo pasado comenzaron a generar nuevos modelos terapéuticos como el conductismo, el behaviorismo, el cognoscitvismo, el humanismo, etc. Desde hace más de cinco décadas han prosperado diversos modelos sistémicos familiares como Estratégico, Grupo de Milán y Estructural, y posteriormente algunos modelos que han tenido mucha aceptación debido a las diferentes posturas del terapeuta, son los modelos Narrativos y la Terapia Centrada en Soluciones, los cuales fueron integrados en este proyecto. Este trabajo forma parte del programa de Titulación por Prácticas Profesionales "Terapia Familiar y Narrativa en Escenarios Institucionales" y aplicado en el caso que presento de Beatriz.

El valor histórico de la terapia familiar radica en la adopción de la Teoría General de los Sistemas (TGS) como marco conceptual, que sirvió de fundamento para el desarrollo de la comunicación humana. Desde el punto de vista sistémico, no se concibe a la comunicación como una cadena lineal de elementos, en la que cada participante es un simple emisor o receptor de información, sino como un modelo en el que existe una "causalidad circular", en la que cada elemento del

sistema de comunicación se retroalimenta mutuamente, estableciendo juegos circulares de informaciones (Ochoa de Alda, 1995). En este tipo de terapia el terapeuta trabaja desde dentro del sistema familiar, estableciendo alianzas con sus distintos miembros, utilizando para ello los códigos, canales y modismos propios del sistema; tratando de integrarse, descubrir y manejar sus códigos, parecer un miembro más de la familia, hasta lograr comprender y vivenciar sus puntos de vista.

Las escuelas más representativas del enfoque sistémico son el Modelo Estructural representado por Minuchin (1977); el Enfoque de la Escuela de Milán, de las terapeutas Selvini, Cecchin, Boscolo y Prata (1986); y el Modelo Estratégico de Haley (1980).

A partir del desarrollo de los modelos sistémicos se han conformado otros enfoques llamados modelos postmodernos o narrativos. A partir de los años ochenta del siglo XX surgieron nuevas formas de hacer terapia que tomaron un camino diferente, distanciándose de los paradigmas sistémico y cibernético. El construccionismo social comenzó a hacerse cada vez más presente entre los terapeutas de aquellos años, aproximándolos a diferentes maneras de entender y abordar los problemas de las personas que buscaban ayuda en la psicoterapia.

La terapia narrativa considera a las personas como expertas en sus propias vidas y es vista como una conversación en la que se co-construyen diferentes significados, soluciones y posibilidades para los clientes/pacientes; ya que asume, que las personas tienen habilidades, competencias, creencias, valores, capacidades y recursos que los pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas en su vida personal.

La palabra "narrativa" hace referencia al énfasis que se pone en las historias de vida relatadas por los pacientes/clientes y las diferencias que se pueden lograr a través de formas particulares de relatar y volver a crear dichas historias. La

Terapia Narrativa incluye métodos y técnicas para recrear y comprender las historias de vida, en un trabajo colaborativo entre el terapeuta y el paciente/cliente; esta forma de trabajo se interesa en la historia y en el contexto sociocultural que afecta la vida de las personas.

La terapia centrada en soluciones se desprende de la Terapia Narrativa, siendo O'Hanlon y Weiner (1989) su principal exponente. Inicialmente este enfoque recibió la influencia del trabajo del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto, sin embargo, se fue apartando con el tiempo al enfatizar la búsqueda de excepciones. La terapia narrativa encuentra y desarrolla soluciones, centrándose en patrones de conducta que faciliten el cambio de los problemas que llevan a los consultantes a solicitar la terapia. La terapia enfoca su atención en la solución, en todos los momentos excepcionales en los que no se presenta el problema, o cuando el consultante logra controlar la situación problemática, identificando las pautas de solución, ocupándose de su desarrollo y establecimiento. El objetivo que busca la terapia es ampliar las excepciones y para ello se requiere una descripción minuciosa de éstas, por parte del consultante, lo que le posibilita que al ampliarse, comienza a generar el cambio deseado.

Por lo antes expuesto, en este informe propongo una intervención con las nuevas formas de hacer terapia (terapias postmodernas), ya que estas modalidades terapéuticas han mostrado ser una valiosa opción para ayudar a desahogar las largas listas de espera de los usuarios, en los servicios institucionales de salud. Pero al mismo tiempo inciden favorablemente en la estructura económica de dichas instituciones, debido al gran cambio que se logra en un lapso de 6 a 10 sesiones, dando una solución rápida, duradera, económica y de bienestar, a las personas y familiares que solicitan el servicio.

Es el caso del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, se ofrece psicoterapia a trabajadores y estudiantes de la Institución y a la población en general. Dentro de este centro se llevó a cabo una intervención

psicoterapéutica con estrategias de las terapias postmodernas; participando como terapeuta responsable y como co-terapeuta el Dr. Gilberto Limón y un equipo reflexivo "detrás del espejo". El caso presentado es el de "Beatriz", una mujer de 45 años de edad que ingresó al mencionado Centro, debido a su "estado de ánimo depresivo" que ella reconocía. Trabajamos con la paciente/cliente una vez a la semana durante ocho sesiones. El equipo reflexivo observaba nuestras intervenciones y tomaba nota de éstas y del discurso de Beatriz. Una vez concluida la terapia transcribí todas las entrevistas realizadas, así como las intervenciones realizadas.

Por medio del análisis cualitativo hermenéutico y, por medio del análisis de narrativas, en este caso "Relatos de vida", estudié el discurso de Beatriz y las intervenciones que se realizaron, las justifiqué con el marco teórico de los tres modelos terapéuticos. Analicé las palabras que mencionaba la paciente/cliente al referirse a sus problemas, sus gestos, su tono de voz, etc., desde la primera sesión hasta la última. Finalmente, con este análisis observé la evolución satisfactoria a lo largo de las 8 sesiones que se llevaron a cabo, identificando los cambios significativos en el discurso de "Beatriz", quien logró ampliar sus posibilidades de solución a situaciones que le incomodaban, así como reconstruir su sistema de significados y generar formas de vida alternativas; para llevar una mejor relación con todas las personas que la rodeaban.

Finalmente concluí que estas nuevas formas de hacer terapia llegan a ser una opción para atender las solicitudes de las instituciones públicas en un corto tiempo y así mejorar la atención psicológica. Mi propuesta es que después de seis meses de haber concluido la terapia se lleve a cabo un seguimiento del caso para comprobar si los resultados obtenidos son mantenidos a largo plazo.

**CAPITULO 1: INTRODUCCION A LA
TERAPIA PSICOLOGICA.**

Antes de abordar el origen de la psicoterapia, es conveniente revisar las diferentes definiciones que se han presentado, pues la cuestión reside en que existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, y, en consecuencia ocurre también una amplia gama de definiciones. Muchas de estas definiciones están vinculadas a la conceptualización que se tiene del proceso y de los objetivos terapéuticos en un modelo determinado.

A continuación se mencionan tres definiciones que se avienen al enfoque tratado en este trabajo:

- La psicoterapia: término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente (Asociación Psiquiátrica Americana, 1969).
- La psicoterapia es un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado (Wolberg, 1977).
- La psicoterapia se basa en una relación especial culturalmente relativa, entre un psicólogo y un individuo o grupo de clientes. Funciona desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura y estable desde la cual el cliente pueda explorar sus conductas (Mahoney, 1991).

A pesar de todas estas definiciones, podemos concluir que el objetivo de la psicoterapia es trabajar para encontrar soluciones a problemas o conflictos emocionales que aquejan a las personas en su vida.

Según Robles (2002) hay muchos tipos de psicoterapia, pero todos ellos tienen en común cuatro características: 1) El psicoterapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente; 2) Lo ayuda a emprender una

autoexplicación psicológica; 3) El psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal; y 4) El psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida en forma autónoma y eficaz.

1.1 Origen de la psicoterapia.

Las raíces de la psicoterapia se remontan hasta las sociedades primitivas, la característica esencial era la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza, lo que hizo que sus explicaciones sobre la naturaleza y la vida hayan estado dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas, que aún hoy perduran en ciertos contextos. En esa época las enfermedades mentales se atribuían a fenómenos sobrenaturales como: posesión por malos espíritus, almas extrañas, etc. Las prácticas curativas, o “tratamientos psicoterapéuticos” consistían principalmente en trepanaciones, exorcismos, ceremonias para la restauración del alma, confesiones, etc.

Las ideas de estas sociedades empezaron a desmoronarse para dar pie a las ideas racionales de los griegos, pues es en Grecia donde se origina la psicoterapia, en el seno de la tradición filosófica y médica, con lo que se produce una transición desde el animismo, hasta la mentalidad racional (Feixas y Miró, 1993).

Para Feixas y Miró, la medicina nace con Hipócrates quien concebía a la salud como un estado de armonía o equilibrio y la enfermedad como desequilibrio. Con esto, se consideró por primera vez a la enfermedad como la causa de un mal funcionamiento orgánico, es decir, la curación se consideraba obra de la naturaleza, lo único que el médico debía hacer es ayudarla en su lucha por restablecer el equilibrio.

Ya para la Edad Media este modelo sobrevivió, pues con el apogeo de la Iglesia, y bajo su influencia, los trastornos mentales siguieron siendo productos de

una voluntad sobrenatural, en este caso el diablo; la enfermedad mental era causada por la posesión del diablo. Por lo tanto, los tratamientos psicoterapéuticos consistían en: oraciones, torturas, exorcismos e incluso la hoguera. Todo aquello que fuera contrario a la ley de Dios era atribuido a la presencia del diablo. Se demuestra así que la Iglesia católica, ante la enfermedad mental, en esta época fue dominante e inhumana.

En este contexto, dos aspectos resultan especialmente relevantes para la historia de la psicoterapia. Por un lado, los recursos para comunicarse con Dios, especialmente la instauración del procedimiento de la confesión, y por otro, los recursos para evitar el pecado, cultivados especialmente por las órdenes religiosas. La Iglesia cultivó también procedimientos estructurados para implantar las virtudes cristianas, sobre todo mediante ejercicios espirituales, con el objetivo de ofrecer remedios para vencer los vicios, que en conclusión servían como técnicas terapéuticas (Feixas y Miró, 1993).

En el Renacimiento se escucharon los primeros argumentos contra la consideración de la enfermedad mental como una posesión diabólica. Se empezó a distinguir entre los que habían perdido la razón por influencia del demonio, y los que la habían perdido por un desorden mental. No obstante, este período fue el más activo de la caza de brujas, demonios, fantasmas y diablos, y se sostiene incluso que la patología psíquica dominante durante el siglo XVI fue el satanismo, todo esto sólo para la cultura occidental.

A mediados del siglo XVIII las técnicas psicoterapéuticas comenzaron a basarse en principios científicos cuando el físico austriaco Franz Anton Mesmer usó por vez primera una forma de sugestión que denominó "magnetismo animal". Las neurosis la trataban en el siglo XIX con baños de aguas medicinales o las dolorosas corrientes eléctricas (electrochoque) cuya efectividad también dependía en gran parte de la sugestión ejercida sobre el paciente. La hipnosis como forma de sugestión para aliviar ciertas dolencias psíquicas alcanzó su máximo esplendor a finales del siglo XIX, gracias a las investigaciones del neurólogo francés Jean

Martin Charcot, quien trabajó con mujeres epilépticas en el antiguo hospital de la Salpêtrière de París (Feixas y Miró, 1993).

1.2 El desarrollo de la psicoterapia hasta la actualidad.

A finales del siglo XIX y principios del XX, algunos psicólogos académico-experimentales comienzan a interesarse por problemas sociales prácticos. La posición de Wundt es representativa: argumenta en contra de la aplicación de la psicología científica a la solución de problemas prácticos.

Progresivamente se desarrolló en los E.U.A. una psicología profesional orientada a la solución de los problemas de sus pacientes (individuos, empresas e instituciones); y a partir de las dos guerras mundiales, la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. La psicoterapia pasó a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos. En E.U.A. se define el rol del psicólogo clínico que debe recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia sólo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se generan las polémicas entre ambas profesiones (Feixas y Miró, 1993).

Los psicólogos comenzaron a desarrollar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentaron como alternativas de terapia. Carl Rogers en 1943 creó la "Terapia centrada en el Cliente" como una DE ELLAS, e inició un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.).

Eysenck, en 1983, cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su

paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana" llega a explicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Y Wolpe, en 1976, a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca" demuestra cómo la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

Según Feixas y Miró, el enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte, en los clínicos (más entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una concepción de ser humano demasiado mecanicista y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado, del modelo psicoanalítico, que se considera excesivamente especulativo, y del conductista, que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Así fue que con todos estos cuestionamientos se llegó a los principales modelos de la psicoterapia actual, los cuáles pueden ser agrupados en cinco orientaciones (Feixas y Miró, 1993):

1. Los Modelos Psicodinámicos
2. Los Modelos Humanísticos-Existenciales
3. Los Modelos Conductuales
4. Los Modelos Cognitivos
5. Los Modelos Sistémicos, del cual se desprenden las terapias posmodernas o narrativas.

Este último modelo de terapia sistémica y narrativa es el que abordaremos en este trabajo.

CAPITULO 2: HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar empezó a desarrollarse en Estados Unidos en la década de los cincuenta; este tipo de tratamiento llegó a Europa en los años setenta, y diez años después a España. A partir de que grupos de psicólogos y psiquiatras comenzaran a trabajar con las familias de los pacientes afectados por diferentes trastornos, y, comprobaran los buenos resultados cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar: en la familia no en el consultorio médico (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La base de este tipo de terapia sostiene que tratar de forma aislada a un paciente con una patología grave, sin tener en cuenta su entorno, resulta a menudo infructuoso, debido a que alrededor de esa persona se dan una serie de situaciones y factores, entre los que destaca la familia, que influyen en el mantenimiento, mejora o empeoramiento del problema inicial. Una de las premisas de la terapia familiar es que no se debe culpar a una sola persona de todos los problemas, porque además de ser injusto, conlleva el riesgo de fijarla de forma permanente a esa situación problemática y al rol de 'enfermo' u 'oveja negra de la familia'.

La terapia familiar estuvo a cargo de los siguientes precursores (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 14):

JOHN BELL: A mediados del siglo XX, fue tal vez quien tuvo las ideas más claras en los inicios de este movimiento, a quien se le puede llamar "El padre de la terapia familiar moderna", por sus publicaciones en el Saturday Evening. En un encuentro que tuvo en Londres, y que fue muy comentado. Sutherland y el Bell discutieron el trabajo de Bowlby y las posibilidades de mantener sesiones con familias enteras. En realidad, lo que ocurrió fue que Bell no entendió correctamente la técnica usada por Bowlby - quien en aquel momento no trataba grupos familiares completos- pero de ese malentendido surgieron los primeros trabajos experimentales que Bell realizó con terapia de grupo familiar, lo que a su

vez influyó en otros clínicos a desarrollar esta práctica. En 1953, Bell hace su primer informe a un grupo de colegas, indicándoles el uso de nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar, a quienes atendía con técnicas grupales e individuales. Desafortunadamente estas primeras experiencias no tuvieron difusión científica.

NATHAN ACKERMAN: En 1950 llegó a esta especialidad a través de la psiquiatría infantil por su comprensión del papel de la dinámica familiar en la patología del paciente. Éstas y otras experiencias motivaron a Ackerman a creer que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique. Él permitió que los psiquiatras vieran a toda la familia como una nueva modalidad de tratamiento. Descubrió que la intervención con toda la familia podría ser de gran ayuda para romper el estereotipo del niño con problemas psiquiátricos. Su principal contribución no sólo fue un legado pragmático, también ofreció conferencias, pláticas y publicaciones sobre la relación de las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar. Éste autor inició esta perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico, e inició a su equipo de colegas en las visitas familiares de sus pacientes. En 1955 organizó y dirigió las primeras sesiones de diagnóstico familiar que se llevaron a cabo durante la reunión de la American Orthopsychiatric Association. Su mayor aportación de servicios clínicos fue la fundación del Family Institute en Nueva York en 1960.

LYMAN C. WYNNE: En 1948 empezó a colaborar con Erich Lindeman en el Massachusetts General Hospital, en donde atendía pacientes con problemas sicóticos y con colitis ulcerada, de esta manera descubrieron en su equipo de trabajo que las causas de la úlcera por lo general son los problemas familiares; lo que confirmó sus teorías respecto de la estructura familiar, su contexto social, la destrucción de la familia, así como otros conceptos. Tiempo después, Wynne se identificó con los trabajos realizados por Bowen como el único que cultivó sus intereses respecto a la estructura familiar. En 1957, durante la reunión anual de la APA, él y Bowen intercambiaron información con Jackson, Lidz y Ackerman. Uno

de los primeros resultados fue el intercambio de grabaciones de sus prácticas con familias, así como de experiencias entre Jackson y Wynne. Cabe mencionar que estas grabaciones se hacían en Palo Alto. Finalmente, Wynne se convirtió en el jefe editor de Family Process en 1971.

CARL WHITAKER: Fue reconocido por el desarrollo de sus técnicas que se basaban desde lo absurdo. En esta terapia y frente a la familia, él representaba una actitud de mayor enojo que ellos; por ello él fue uno de los que realizó cambios más violentos, respecto al psicoanálisis tradicional. A Whitaker se le debe dar crédito por haber convocado la primera reunión del movimiento de terapia familiar. Dentro del movimiento de la terapia familiar, Whitaker siempre tomó parte central de todos los acontecimientos desde sus comienzos, siendo uno de los primeros editores del Family Process y uno de los primeros clínicos en incorporar a la terapia familiar la figura de los abuelos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

2.1. BASES TEORICAS DE LA TERAPIA SISTEMICA

Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, parecía que se estaba luchando para encontrar una teoría donde encajar las prácticas. El modelo más popular fue una teoría sobre el sistema, obtenida cibernéticamente, es decir, los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos.

Así pues, la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

La persona se encuentra inserta en un "sistema" siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos

los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas; ya que para el modelo sistémico la unidad de diagnóstico y tratamiento es la familia y no solo el individuo, como en otros modelos terapéuticos (Andolfi, 1984).

Los primeros estudios referidos específicamente al campo terapéutico, los encontramos en las investigaciones realizadas por el grupo de Palo Alto, California, el cual era dirigido por Bateson, quién fue uno de los fundadores del campo de la terapia familiar, quién era antropólogo y filósofo. Antes de que enfocara su atención a la dinámica familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda, fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética. Centró sus estudios en el campo de la comunicación y en sus conceptos paradójicos, y trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos (Bateson, 1979).

En 1956, el equipo formado por Haley, Bateson, Jackson y Weakland generó el discutido informe psiquiátrico "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en este, incluyeron el concepto de "doble vínculo" como la causa de la esquizofrenia en los niños. Bateson y Haley se percataron de que la esquizofrenia de los niños se presentaba por la interacción familiar; esto se demostró, cuando uno de los pacientes presentaba un alto grado de ansiedad después de la visita de su madre al paciente, así se reveló de manera dramática cómo funcionaba el principio de doble vínculo. Después de esta experiencia, el grupo decidió, como parte del proyecto, incluir en la terapia del paciente a toda la familia, así como grabar las sesiones para su estudio posterior. Formaban el equipo Bateson, Weakland, Haley, Jackson y Fry. Por otro lado, al terminar el proyecto, Jackson creó en Palo Alto el Instituto de Investigaciones Mentales" (Mental Research Institute) con otro grupo de gente (Eguiluz, 2004).

Algunos de los terapeutas antes mencionados, notaban que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de

la familia: alguno desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el matrimonio y la familia.

Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: Cuando el "por qué" de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta "para qué" puede proporcionar una respuesta válida (Eguiluz, 2004).

A modo de adelanto, podemos intentar clasificar las principales corrientes de terapia familiar en los siguientes modelos:

1. ESTRATÉGICA.
2. ESTRUCTURAL.
3. GRUPO DE MILÁN.

2.1.1. TEORIA GENERAL DE SISTEMAS.

Después de la 2ª Guerra Mundial comienza a consolidarse, en distintos lugares y en diferentes campos científicos, un pensamiento cada vez más totalizador y menos fragmentado.

En un primer periodo podemos ubicar al biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy, quien propone encontrar las correspondencias entre sistemas de todo tipo, un modelo que sea compatible con otros modelos de distintas disciplinas; es decir, la Teoría General de Sistemas fue concebida por Bertalanffy con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar. En particular, la teoría general de sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador, tanto para las ciencias naturales como para las sociales, donde lo individual perdía importancia

ante el enfoque interdisciplinario y así lo lineal es sustituido por lo circular. Bertalanffy (1976) describe los "sistemas" como complejos elementos de interacción, establece una diferencia entre sistemas abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno.

Regresando al mecanicismo, éste veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, la teoría de sistemas veía la realidad como estructuras cada vez más grandes; esta teoría había recibido influencias del campo matemático (teoría de los tipos lógicos y de grupos) que presentaba un universo compuesto por cúmulos de energía y materia (sistemas), que estaban organizados en subsistemas e interrelacionados unos con otros. Esta teoría aplicada a la psiquiatría, venía a integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales e intentaba, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la psicopatología y a la terapia (Bertalanffy, 1976).

Hall y Fagen han definido el "sistema" como: "conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Las partes componentes del sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan" (en Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971, p. 46).

Por lo antes mencionado, La Teoría General de Sistemas distingue:

- a) El sistema
- b) El suprasistema (medio del sistema) (Familia extensa, amigos, vecinos)
- c) Los subsistemas (componentes del sistema)

El objetivo principal de la teoría es la descripción y exploración de la relación entre los sistemas dentro de esta jerarquía. Otro objetivo es el de distinguir "sistema" de "agregado"; es decir, ambos son conjuntos, entidades que se constituyen por la concurrencia de más de un elemento. La diferencia entre ambos consiste en que el sistema muestra una organización de la que carecen los agregados. Así pues, un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas. Los sistemas pueden ser:

1. SISTEMA ABIERTO: Relación permanente con su medio ambiente. Intercambia energía, materia, información. Interacción constante entre el sistema y el medio ambiente.
2. SISTEMA CERRADO: Hay muy poco intercambio de energía, de materia, de información, etc., con el medio ambiente. Utiliza su reserva de energía potencial interna.

Los sistemas vivos son sistemas abiertos, pues intercambian con su entorno energía e información. Ejemplos de éstos serían: una célula, una planta, un insecto, el hombre, un grupo social. La familia, por tanto, la consideraremos un Sistema Abierto (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971). De igual manera, los sistemas abiertos tienden hacia una evolución constante y un orden estructural, en contraposición a los cerrados en los que se da una tendencia a la indiferencia de sus elementos y al desorden, hasta alcanzar una distribución uniforme de la energía.

2.1.2. PROPIEDADES DE LOS SISTEMAS ABIERTOS.

Para Bertalanffy (1976), los sistemas abiertos tienen propiedades, las cuáles son los siguientes:

1. Totalidad:

La T. G. S. establece que un sistema es una totalidad y que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total. Un sistema no es una colección aleatoria de componentes, sino una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros.

El interés de la T. G. S. reside en los procesos transaccionales que ocurren entre los componentes de un sistema y entre sus propiedades. Dicho de otro modo, es imposible comprender un sistema mediante el solo estudio de sus partes componentes y "sumando" la impresión que uno recibe de éstas. El carácter del

sistema trasciende la suma de sus componentes y sus atributos, y pertenece a un nivel de abstracción más alto.

Aplicada a la situación de la terapia familiar, la cualidad de totalidad describe no sólo al sistema familiar, sino a la nueva totalidad formada por el grupo familiar más el terapeuta familiar, que constituye el "sistema terapéutico".

2. Objetivo:

Los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo. La T. G. S. reconoce la tendencia de un sistema a luchar por mantenerse vivo, aún cuando se haya desarrollado disfuncionalmente, antes de desintegrarse y dejar de existir como sistema.

Todos los que trabajan con familias reconocen esta tendencia a mantener desesperadamente el "status" de la estructura familiar, por más dañina que pueda parecer para algunos miembros de la familia.

Como las familias son sistemas sociales, están por naturaleza orientados y dirigidas hacia un objetivo. Cuando el terapeuta trata a un sistema familiar, lo hace para ayudarlo a redirigirse hacia la realización de su única meta.

La naturaleza intencionada y dinámica de los sistemas permite comprender mejor la naturaleza del término "transacción", usado a menudo en la terapia familiar, enfocada como sistema, en lugar del término más general "interacción". La "transacción" se ocupa de los procesos de interrelaciones en un contexto histórico y relacional; describe esta propiedad de relación en un sentido histórico siempre en marcha (objetivo), que caracteriza a los procesos comunicativos de los miembros de un sistema.

3. Equifinalidad:

En un sistema, los "resultados" (en el sentido de alteración del estado al cabo de un período de tiempo) no están determinados tanto por las condiciones iniciales

como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema. La conducta final de los sistemas abiertos está basada en su independencia con respecto a las condiciones iniciales. Este principio de equifinalidad significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas". Por tanto, cuando observamos un sistema, no se puede hacer necesariamente una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro, a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen los mismos efectos.

El funcionamiento de una familia como un todo, no depende tanto de saber qué ocurrió tiempo atrás, ni de la personalidad individual de los miembros de la familia, sino de las reglas internas del sistema familiar, en el momento en que lo estamos observando.

4. Protección y crecimiento:

Se refiere a las siguientes dos fuerzas que permiten que el sistema se mantenga estable y se adapte a situaciones nuevas como son las dos fuerzas:

- a) La fuerza homeostática, que hacen que el sistema continúe como estaba anteriormente.
- b) La fuerza morfogenética, contraria a la anterior, que es la causante de los cambios del sistema.

5. Equipotencialidad:

Este principio lleva implícita la idea que se pueden obtener distintos estados, partiendo de una misma situación inicial. Lo que implica la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, porque una misma condición inicial podrá llevar a fines distintos. El pasado no sirve y el futuro es impredecible. En las familias ocurre lo mismo que en el tejido cerebral "se permite" a las partes restantes asumir funciones de las partes extinguidas"; un ejemplo de

esto es, tras el fallecimiento de un padre, el hijo mayor adopta las funciones parentales (Eguiluz, 2001).

6. Retroalimentación o causalidad circular:

Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, esto es la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc., y a su vez éstos van a retroalimentar a A, B, C, D, etc., para que emitan otra respuesta y así sucesivamente.

7. Homeóstasis:

La "homeóstasis" es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante el equilibrio.

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1971), el término "homeostasis" llegó a utilizarse para describir sistemas familiares patológicos que se caracterizaban por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo; este autor también nos dice que: "Los sistemas abiertos como las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados, al parecer un cambio en una parte del sistema, se observará otro cambio compensatorio en otras partes de éste, con el fin de recuperar el equilibrio" (p. 42)

Aunque en las primeras etapas de la terapia sistémica, se pensaba que el objetivo sería que el sistema familiar mantuviera un equilibrio, es decir, conservar la homeóstasis, en una segunda etapa este pensamiento evolucionó al concebir a todo sistema caracterizado por una tendencia de transformación.

8. Morfogénesis:

La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos, el concepto de morfogénesis se refiere a la tendencia de los sistemas a cambiar y crecer. En los

sistemas abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de los subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. Todos estos cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar.

2.2. CIBERNÉTICA.

La Cibernética es un término derivado del griego "*kybernetik*", que significa *timonel*, también es utilizado por primera vez en 1834 por André-Marie Ampere como el significado de arte de gobernar. Wiener en 1948 la define como "la teoría de la comunicación y de las máquinas y en los organismos vivientes" (Eguiluz, 2001, p. 120).

Según Heinz von Foerster, en 1991 menciona que la historia de la cibernética se puede observar cómo un proceso se desarrolla en tres niveles de complejidad: 1) Cibernética de "0 orden", implícita; la Cibernética de "1er orden", reflexión explicada por Wiener, y una Cibernética de "2do orden", reflexión sobre la reflexión de la cibernética.

2.2.1. CIBERNÉTICA DE 0 ORDEN.

Heron de Alejandría en el año 62 a. C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso y se detenía en un determinado momento previsto. El sistema de autorregulación se aplicó pero no hubo desarrollos teóricos ni reflexiones a ese respecto (Jackson, 1977).

En los años previos, el desarrollo de la cibernética de Wiener, se puede identificar como aportación al desarrollo de la cibernética, los trabajos de los físicos Gibbs y Boltzmann en Estadística. Esto se antepone a los fundamentos de Newton, que prevalecían en esa época (siglos XVIII y XIX) cuando se pensaba que se podía describir a través de la ciencia a "un universo regido en su totalidad

por leyes precisas, un universo consolidado y bien organizado, en el que todo el futuro depende, exclusivamente, de todo el pasado” (Robles, 2002, p. 19).

2.2.2. CIBERNÉTICA DE 1ER ORDEN.

A partir de diversos aportes teóricos, como el concepto de retroalimentación, intencionalidad y estudios de mecanismos autorreguladores, y tras tres encuentros de grupos de investigadores, Wiener en 1948 acuña el término Cibernética, para designar el nuevo tipo de pensamiento que estaban abordando. La idea básica de la cibernética es la de “retroalimentación”, que Wiener definió así: “La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema, puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje” (en Kenney, 1983, p. 83).

Se habla de cibernética cuando determinados efectores están ligados a un órgano sensorial que a su vez actúa emitiendo sus señales a éstos. Esta organización circular es la que diferencia los sistemas cibernéticos de los demás sistemas no organizados (Nardone y Watzlawick, 1990), un ejemplo de estos sistemas, sería un termostato, el cual tiene un mecanismo para percibir información de su entorno: si hace frío en el ambiente, el termostato recibirá esta información para accionar calor, de manera contraria, si hace calor, recibirá mensajes a sus efectores para mantener un clima artificial frío. Se plantea que existe una analogía entre las máquinas y los seres vivos, de acuerdo a la cibernética, ya que ambos tienen órganos de acción, órganos sensoriales, procesos de retroalimentación y órganos centrales de decisión (Kenney y Ross, 1985).

Toda regulación simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. Los contextos del cambio están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. Desde este punto de vista, para que

una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado.

Otro aspecto de la cibernética de primer orden es la suposición de que un observador de un sistema puede mantenerse fuera de éste, sin que exista alteración del observador, ni de lo observado. Esta etapa se divide en dos fases. La llamada primera cibernética, donde se hace énfasis en los procesos realizados por los sistemas para conservar la homeóstasis en los sistemas, es decir, evitar posibles desviaciones en ellos; la segunda fase, llamada segunda cibernética centra su atención en los procesos que tienden al cambio y la transformación (Kenney y Ross, 1985).

2.2.3. CIBERNÉTICA DE 2do ORDEN.

En los avances que constituyeron la conformación de la cibernética de segundo orden, se encuentran los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc Culloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster, y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela (Mastache, 2000).

La cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con sus acción a lo que observa y a sí mismo. En el caso de la práctica terapéutica los terapeutas y los clientes/pacientes son miembros de un universo participativo en que cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad (Mastache, 2000).

Acerca de la realidad, la cibernética de segundo orden afirma que todos los intentos humanos de explicarla son y han sido construcciones, representaciones, modelos de ella, mapas de territorios. Toda conceptualización parte de una percepción, limitada por nuestra propia estructura humana, cognitiva y sensorial, y por lo tanto es una "construcción" humana, un mapa entre muchos posibles, de la realidad, y no la realidad misma; es decir, lo que esta en dicho mapa es la

producción de nuestros sentidos, de nuestra percepción de la realidad. Dado que es imposible captar totalidades en las cuales estamos nosotros mismos incluidos, y debido a la limitación de nuestra capacidad perceptiva, cada percepción es un modelo, un mapa de la realidad; pero demasiado frecuente se considera lo percibido como la realidad, se confunden los modelos con la realidad (Nardone y Watzlawick, 1990).

De acuerdo con estas ideas y tomando en cuenta a un observador, encontramos que "las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador", ya que se concibe que no hay una realidad absoluta, sino que el observador construirá su propia realidad basado en sus propios referentes preceptuales y cognitivos; lo cual resulta interesante y representa una primera aproximación a las terapias postmodernas.

El acto de observar influye sobre el objeto observado al punto de anular toda expectativa de certeza de parte del observador. Lo más que se puede alcanzar, es una probabilidad mayor de que los sucesos sean de acuerdo a observaciones múltiples y diversas que realiza un sujeto, aún así existirá la incertidumbre de qué rumbo tomará un determinado evento (Eguiluz, 2001).

Para von Foerster, la reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes. Se sugiere cambiar el principio del que "el mapa no es el territorio" por "el mapa es el territorio", ya que este es la realidad que el observador está viviendo; este autor menciona que "el cambio fundamental que implica asumir esta posición impacta en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria" (Von Foerster, 1991). Desde la perspectiva de la cibernética de primer orden, al situar al observador fuera de lo observado, el primero puede asumir la posición de saber lo que necesita realizar este último, puede decirle cómo actuar y pensar: "tú debes", "tú no debes". Dentro de la cibernética de segundo orden, donde se afirma que el observador y lo observado se influyen mutuamente, es imposible plantear con exactitud lo que debe o no hacerle otro, lo único que se

puede decir a sí mismo el que observa, es cómo pensar y actuar: "yo debo", "yo no debo". Esto va a permear la actividad terapéutica, al concebir la relación terapeuta-cliente como una interacción donde se modifican ambos actores, creando de manera mutua la realidad de cada uno de ellos.

2.3. LA TEORIA DE COMUNICACIÓN HUMANA.

A partir de los trabajos de Bateson, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación adoptaron un enfoque sistémico, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación. La comunicación posee algunas propiedades de naturaleza axiomática, propuestas por Watzlawick, Beavin y Jackson que pasamos a enumerar y que llevan implícitas consecuencias fundamentales para el estudio de las relaciones (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971).

Un axioma es un enunciado básico que se establece sin necesidad de ser demostrado. Las dos características que poseen los axiomas son: indemostrabilidad y evidencia. Los axiomas no son verdaderos ni falsos; son convenciones utilizadas como principios de derivación de los demás enunciados de una teoría. Los cinco axiomas que a continuación menciono, son propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas.

Para Sánchez y Gutiérrez (2000) los cinco axiomas son:

1. Es imposible no comunicarse.

No hay nada que sea lo contrario de conducta. La no-conducta no existe; es imposible no comportarse. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican. Por ejemplo: un pasajero en el tren que permanece sentado en su asiento con los ojos

cerrados, o leyendo el periódico, comunica un mensaje: no quiere hablar con nadie.

La persona puede "defenderse" de la comunicación del otro, mediante la importante técnica de la descalificación; esto es, puede comunicarse de modo tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos de comunicación tales como autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, oraciones incompletas, malentendidos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales. No es sorprendente que habitualmente recurra a este tipo de comunicación todo aquél que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación.

2. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional.

Toda comunicación poseerá un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos). A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación con la otra persona.

Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento. El "nivel de contenido" de un mensaje transmite "información". El "nivel de relación" se refiere a cómo la comunicación sirve para definir el tipo de relación que quiero establecer con mi interlocutor.

En la comunicación humana observamos una relación entre los aspectos de "contenido" y de "relación": el primero transmite los "datos" de la comunicación, y el segundo, "cómo" debe entenderse dicha comunicación. De la misma manera, toda comunicación implicará un compromiso para el que la recibe, pudiendo rechazar, aceptar o descalificar la comunicación.

Cuanto más espontánea y sana es una relación, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación. Las relaciones "enfermas" se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada es indispensable de la comunicación eficaz.

3. La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar las secuencias de comunicación que cada participante establece.

Para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama "puntuación de la secuencia de hechos".

En la psicoterapia de parejas, a menudo sorprende la intensidad que en la psicoterapia tradicional se llamaría una "distorsión de la realidad" por parte de ambos cónyuges. A veces resulta difícil creer que dos individuos puedan tener visiones tan dispares de muchos elementos de su experiencia en común. Y, sin embargo, el problema radica fundamentalmente, en su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción.

Los casos de comunicación patológica constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación (metacomunicación). Pero para ello tienen que colocarse afuera del círculo. Se observa en estos casos de puntuación discrepante, un conflicto acerca de cuál es la causa y cuál el efecto, cuando en realidad ninguna de estas resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción.

4. Las personas utilizan tanto la comunicación digital como la analógica.

El lenguaje tiene ambas y sus funciones u objetivos es transmitir información:

- a) Digital: es el que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación.
- b) Analógico: vendrá determinado por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, etc) y será el vehículo de la relación.

El ser humano se comunica de manera digital y analógica. La mayoría de los logros civilizados resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Ello es de particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de los objetos. Sin embargo, existe un vasto campo donde utilizamos en forma casi exclusiva la comunicación analógica, se trata del área de la relación. Así pues, el aspecto relativo al nivel de contenido en la comunicación se transmite en forma digital, mientras que el nivel relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica (Haley, 1980).

La psicoterapia se ocupa sin duda de la digitalización correcta y correctivo de lo analógico; el éxito o el fracaso de una interpretación depende de la capacidad del terapeuta para traducir un modo al otro y de la disposición del paciente para cambiar su propia digitalización por otra más adecuada y menos angustiante.

En la comunicación patológica observaremos incongruencias entre lo digital y lo analógico. Una persona puede estar diciendo (digital), "no estoy enfadado", sin embargo, su tono de voz, su expresión facial y sus gestos expresan auténtica agresividad (analógico) (Haley, 1980).

5. *Todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*

Podríamos las relaciones en dos categorías: complementarias y simétricas. En el primer caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro; en el segundo caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. Son relaciones basadas en la diferencia (complementarias), o en la igualdad (simétricas).

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que sea descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con "bueno" o "malo", "fuerte" o "débil". Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural, como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno, o ser el estilo idiosincrásico de relación de una diada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al mismo tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El psicoanálisis denomina a las relaciones complementarias patológicas, como "sadomasoquistas" y las entiende como una ligazón entre dos individuos, cuyas respectivas formaciones caracterológicas alteradas se complementan. Otros autores emplean distintos conceptos: Lidz habla de "sesgo marital"; Schefflen, de "horrenda pareja"; Laing de "connivencia". En tales relaciones observamos un sentimiento progresivo de frustración y desesperanza en los dos participantes o en uno de ellos. Estos individuos fuera de sus hogares o en ausencia de sus parejas son capaces de funcionar en forma perfectamente satisfactoria y cuando se los entrevista individualmente, pueden dar la impresión de estar bien adaptados. Este cuadro a menudo cambia dramáticamente cuando se los observa en compañía de su "complemento": entonces se hace evidente la patología de la relación.

En una relación simétrica no existen dos posiciones ya que está basada en la igualdad. La relación simétrica puede estar definida por el contexto social, como por ejemplo, la relación entre hermanos, entre amigos, entre marido y mujer, etc. También puede ser el estilo propio de una diada particular (Fish, Weackland y Segal, 1984).

Los conceptos de complementariedad y simetría se refieren simplemente a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios de comunicación. Ambas cumplen funciones importantes y, por lo que se sabe por las relaciones sanas, cabe llegar a la conclusión de que ambas deben estar presentes, aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas.

2.3.1 CIRCULARIDAD DE LAS PAUTAS DE COMUNICACIÓN.

En el modelo clásico de la ciencia pura, se considera que la causalidad es lineal. En cualquier situación dada, se nos enseña a entender la "causa" de un "efecto" alterando las variables una por una hasta que se aísla el factor que produce el hecho particular. Sin embargo, si se trabaja a partir de la premisa de que los aspectos significativos de un sistema sólo pueden comprenderse examinando el sistema como una "totalidad", se hace necesario considerar la etiología desde un punto de vista diferente (Jackson, 1977).

Si bien en las cadenas progresivas lineales de causalidad, tiene sentido hablar acerca del comienzo y el fin de una cadena, tales términos carecen de sentido en los sistemas con circuitos de retroalimentación. En un círculo no hay comienzo ni fin. En el mundo no es posible encontrar el claro y lineal ordenamiento de causa y efecto, a menos que se lo imponga artificialmente. La teoría general de sistemas considera que la causalidad es un proceso circular (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971).

La curación y el cambio en la terapia familiar provienen fundamentalmente de examinar cómo opera corrientemente el sistema familiar y de comprender la función que los problemas desempeñan en los procesos orientados hacia un objetivo, presentes en la existencia ordinaria del sistema. Teóricamente, el concepto de causalidad lineal implica que la línea etiológica se desplaza del pasado hacia el presente, y de este hecho proviene la necesidad de retroceder hasta el comienzo de la sucesión de los hechos para poder comprenderlos; cuando se utiliza el concepto de causalidad circular, se enfatiza el "aquí y ahora", porque es aquí y ahora cuando todo el círculo puede verse operando. Como una

escalera en espiral, el presente vuelve a actuar el pasado de modo tal que el significado debe buscarse dentro de los límites de los procesos actuales del sistema. El pasado se transforma en redundante, y el punto de partida del terapeuta familiar pasa a ser la ecología antes que la génesis.

2.4. CONSTRUCTIVISMO.

El constructivismo es una de las influencias y contribuciones que han venido enriqueciendo la práctica de la terapia familiar, se ha considerado trivial o crítico y hasta "radical", y en él podemos observar la presencia de una tradición relacionada con la filosofía, la biología, la psicología cognoscitivista y, hasta una combinación de éstas. Esta corriente es derivada de una tradición europea que sostiene que "la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que realmente está allá afuera". Por consiguiente, tenemos que permutar la realidad de un "sistema observado" (Watzlawick, 2000).

El constructivismo, considerado como una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, a un modelo o "mapa" que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección. Retomando elementos de la biología y de la teoría de Jean Piaget, el constructivismo postula que las estructuras orgánicas y cognoscitivas evolucionan de manera similar, a través de procesos de selección que operan por medio de "ensayo y error", en las que experiencias adquiridas se transforman en hipótesis, para orientar la acción futura de los organismos. Para esta perspectiva, los sistemas vivientes son sistemas cognoscitivos, y la vida, un proceso de conocimiento (Limón, 2005a).

El constructivismo es una teoría del conocimiento que plantea que el observador participa de sus observaciones y que construye, y no descubre, una realidad, cuestionando así los conceptos de verdad, objetividad y realidad. El

constructivismo trata de "redefinir la meta terapéutica pasando de algún tipo de comportamiento a algún tipo de significado, es decir, salta de creer en una realidad percibida objetivamente a creer en la teoría de que la gente establece conceptos o sistemas de creencias sobre el mundo, para luego operar de acuerdo a ellos (White, 1989).

2. 5. OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA TERAPIA FAMILIAR.

Uno de los objetivos principales de la terapia familiar es que el terapeuta se una al sistema para ayudarlo a transformarse; el profesional puede hacer uso de la terapia individual, de pareja, familiar, terapia grupal, etc., incluso estas modalidades pueden combinarse, dependiendo del momento del proceso o de las necesidades de la familia; lo importante es apoyarse en ellas según el criterio del terapeuta, tomando siempre en cuenta que cada caso es diferente. Cuando el profesional se auxilia de la terapia familiar, se une al sistema para ayudarlo a transformarse a través de su persona, ya que se actúa en el presente para cambiar esquemas del pasado. Se actúa de esta manera, para hacer que la familia pueda desarrollar, con mayor frecuencia tareas como apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Aun en ausencia del terapeuta, la familia deberá ser capaz de preservar el cambio que el profesional promovió a través de mecanismos de autorregulación del sistema, aunque la transformación en sí, no cambia la composición de la familia; el cambio se produce en el modo en que algunas personas se relacionan entre sí (Minuchin, 1977).

Otro de los principales objetivos de la terapia familiar es relacionar el funcionamiento de la conducta, con la situación que le dio origen, es decir, con el modo en que comportamiento aislado se conecta en la función de otro comportamiento aislado, y por tanto, ésta es la pauta que conecta, ambos comportamientos. Una vez identificada la pauta que conecta, se la deberá relacionar con la enfermedad, para así poder encontrar un modo de cambiarla, esto es, conectar el síntoma con el sistema. Utilizar el cambio como base principal,

es la manera en que se trabaja con grupos de familias; al mismo tiempo se vale de la utilización de rituales y paradojas (Haley, 1980).

La terapia familiar se orienta hacia la familia como un todo, lo que se busca con ella es cambiar la forma de funcionar de toda la familia. Tiene como objetivo intervenir para facilitar la transformación del sistema familia, en la dirección de los objetivos que el terapeuta desarrolla. Para intervenir, se hace necesario desequilibrar el sistema.

Minuchin, en 1984, menciona que el terapeuta debe prestar atención a la dinámica de los miembros de la familia, apoyándolos y reforzando algunos aspectos de su personalidad, aunque los descalifique en otras áreas. Es aquí donde se puede percibir cómo se asocia el terapeuta con algún miembro de la familia, en contra de otro; esta asociación hace que los demás individuos experimenten tensión. Es éste el "desequilibrio" del que hablan algunos autores.

La familia en conjunto, es llevada por algún grupo de profesionales al cambio sostenido; una vez que los terapeutas muestran algunas alternativas para la forma de comunicarse entre los miembros del sistema, el cambio familiar deberá mantenerse, aun cuando los profesionales no estén presentes, pues lo anterior obedece a que se activan nuevas dinámicas entre quienes integran la familia y, además, estas nuevas pautas de comunicación apoyan al grupo familiar, dichas pautas transaccionales alternativas aparecen como nuevas relaciones que se refuerzan a sí mismas (Minuchin, 1977).

2.6. MODELOS DE LA TERAPIA SISTEMICA.

Para la comprensión de los modelos de la terapia sistémica, se describirán las características de los principales modelos de este enfoque, los cuales fueron conformando la evolución de este enfoque, hasta llegar a los modelos que hoy conocemos.

2.6.1. MODELO ESTRUCTURAL:

El principal representante del modelo estructural es Salvador Minuchin, quien se formó como psiquiatra en Nueva York, trabajó primero con adolescentes con problemas de familias judías en Israel. Posteriormente tuvo un entrenamiento con fundamento analítico en el Instituto William Alanson White de Nueva York, aunque su interés ya estaba centrado en el trabajo con el sistema familiar de los pacientes. Después se traslada a la Universidad de Pennsylvania donde realizó actividad como profesor de psiquiatría, además de ser director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y crear una institución donde trabaja con familias de niños y jóvenes que viven en los guetos. Estas familias son grupos marginados de gente latinoamericana o gente de raza negra que viven en situaciones de marginación y pobreza y extrema. Es con estas familias que Minuchin desarrolla los principios de la terapia familiar estructural. Finalmente Minuchin abandona la clínica de Filadelfia y se traslada a Nueva York, donde forma el Centro Familiar Minuchin (Minuchin y Simon, 1998).

El modelo estructural parte del estudio de la conformación de la estructura familiar, intentando modificarla en una nueva organización, la cual sea funcional. Para Minuchin una familia funcional, es cuando esta familia tiene límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos, el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará ordenado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos (Minuchin, 1977).

El objetivo del modelo estructural es reorganizar a la familia de acuerdo con el modelo normativo, se buscará que patrones actuales de la familia están creando

conflictos dentro del sistema familiar, para esto se va a analizar el sistema en su contexto social, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes. Para dejar en claro cómo se da este proceso, se procederá a explicar algunos términos que son empleados en la terapia estructural.

a) Estructura.

Para Minuchin el término estructura es sólo una construcción mental, que junto al genograma familiar, tiene por objeto ayudar al terapeuta a organizar sus percepciones y pensamientos de manera que le lleven a intervenciones eficaces. También organizan las observaciones de las interacciones, así como el material verbal (Minuchin y Fishman, 1981).

Minuchin define la estructura familiar y sus componentes en el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.

b) Subsistemas u holones.

La estructura familia está conformada por subsistemas, los cuáles son nombrados por Minuchin como holones. El término holón describe entidades que son en sí mismas un todo, y simultáneamente son parte de un todo supraordinado. El término se construyó con la palabra griega holos (todo) y el sufijo on, que evoca una partícula o parte (como en protón).

Los principales holones descritos por Minuchin y Fishman (1981) son:

- El holón individual. Aquí se incluye al individuo y las interacciones que tienen en su contexto actual, además de sus determinantes culturales e históricos.

- El holón conyugal. Está conformado por una pareja que se une con el fin de formar una familia.
- El holón parental. Está conformado por aquellas personas que en el sistema familiar se encargan de la crianza de los hijos y las funciones de socialización, por lo general lo forman el padre y la madre, aunque a veces puede incluir a algún abuelo, tía o incluso alguno de los hijos mayores que asumen este rol.
- El holón fraternal. Está compuesto por los hermanos.

c) Límites o fronteras.

Los límites entre los subsistemas son una especie de barrera invisible que detiene o permite la interacción entre ellos, a veces estas barreras van a ser imposibles de traspasar, en otros casos casi no existen, etc. Para que se de un buen funcionamiento familiar, Minuchin opina que deben existir unos límites claros entre los diversos subsistemas con el fin de permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros (Minuchin, 1977).

d) Jerarquía

La jerarquía hace referencia a la manera en que está distribuido el poder en la estructura familiar, por ejemplo, se debería esperar que el subsistema parental tenga una jerarquía mayor que el subsistema fraterno. Para Ochoa de Alda (1995), la jerarquía es una dimensión de autoridad que es el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales respecto a las situaciones que plantea la convivencia cotidiana.

e) Mapa familiar.

El mapa familiar es un esquema que va a presentar la forma en que está estructurado el sistema familiar, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes. Se puede considerar como una foto de un momento determinado de la familia, pero a diferencia de un mapa que es estático y no se modifica, la familia está en constante cambio. Las funciones que le dan a los mapas familiares constituyen un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtienen. El mapa le permite formular acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos (Minuchin, 1977).

De acuerdo con el modelo estructural, los problemas en las familias se presentan por dificultades de adaptación al sufrir cambios la estructura familiar, por ejemplo, un hijo mayor puede sentirse ansioso al haberle atribuido los padres funciones de estos últimos y tener que dejar a un lado las necesidades y funciones de su edad. Otro aspecto que puede propiciar una crisis en la familia es la falta de adaptación a los cambios que sufre a lo largo de su ciclo vital. Minuchin describe cuatro etapas en el ciclo de la familia: la formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos de edad escolar o adolescente y la familia con hijos adultos (Minuchin y Fishman, 1981), además para comprender la problemática, se deben tener en cuenta no sólo las presiones que son ejercidas dentro de la familia, sino también las que provienen de aspectos externos, por ejemplo una crisis económica, la muerte de un familiar, un cambio de domicilio, etc.

Todos estos aspectos serán tomados en cuenta por el modelo estructural para conocer la estructura familiar y la forma en que interactúan sus integrantes, con el fin de realizar hipótesis sobre ésta y poder planear el trabajo terapéutico, el cual se describirá de manera breve a continuación.

2.6.1.1. Características del proceso de la terapia estructural.

La secuencia del proceso de la terapia estructural, se puede identificar en tres partes:

1. El terapeuta se asocia de una forma activa a la familia en una posición de liderazgo (etapa de asociación).
2. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. En esta etapa se crean hipótesis sobre el sistema familiar, se identifican pautas de interacción, etc.
3. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura, esto se da a través de la implementación de técnicas e intervenciones por parte del terapeuta (Minuchin, 1984).

2.6.1.2. Técnicas utilizadas.

Se proponen diversas técnicas para cada una de las etapas de la terapia:

- a) Para la etapa de asociación con la familia, las más representativas son: Unión (acciones para relacionarse con el sistema familiar) y acomodación (adaptación del terapeuta para aliarse a la familia), dentro de ésta última se encuentran las técnicas de mantenimiento, rastreo y mimetismo.
- b) En la etapa de transformación o reestructuración, se describen siete clases de operaciones reestructurantes: el capturar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, el acrecentamiento del stress, la asignación de tareas, la utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía.

Para que se consiga la reestructuración hay tres tipos de estrategias principales: el cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura familiar y el cuestionamiento de la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 1981):

- Cuestionar el síntoma. El terapeuta cuestiona que el síntoma se encuentre en un individuo de la familia, lo cual, es común que sea referido por ésta. Se centra la atención en las pautas de interacción del sistema familiar. Algunas técnicas sugeridas son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.
- Cuestionar la estructura familiar. El terapeuta a través de su participación activa dentro del sistema familiar va a influir en la estructura que presente, ya sea que en algunos casos provoque más proximidad en los subsistemas o límites más claros, etc. Algunas técnicas sugeridas en este punto, son la fijación de fronteras, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad.
- Cuestionar la realidad familiar. La familia crea su realidad a partir de las pautas de interacción que presenta, a través de la creación de pautas diferentes el terapeuta va llevando al sistema familiar a que construya una realidad diferente. Algunas técnicas sugeridas son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

El modelo de terapia estructural es de los pioneros en concebirse dentro del enfoque sistémico. Minuchin, deja varias aportaciones para el desarrollo de la terapia, como el uso de los mapas familiares, los cuales no dan un resumen de toda la gama de interacciones del sistema familiar, además de poder observar como interactúan con otros suprasistemas, como lo puede ser la familia extensa. Se da una importancia vital al aspecto de conocer a la familia, a tal punto de tener que integrarse a ésta de forma activa, durante la terapia, para poder lograr los fines que se han estipulado en ella. Sin embargo otros modelos funcionan sin asumir un papel de liderazgo activo dentro del sistema familiar, lo que en ocasiones, puede conllevar un papel amenazante para la familia.

Para Minuchin y Simón (1998), la terapia estructural trabaja con el supuesto de que se debe conservar un equilibrio en la familia y que la mayoría de los

problemas son producto de diversas crisis por las que pasan y que rompen con la homeostásis del sistema familiar, por lo que comúnmente se considera como un fin terapéutico el regresar a la familia a un estado de equilibrio, donde las funciones de la familia estén restablecidas. Estos puntos han sido rebatidos por otros modelos más recientes, donde se considera que existe un cambio permanente, además de no considerar que existan modelos de familias funcionales, o que el cambio se logre a través de una reestructuración del sistema familiar, es decir la reestructuración no propicia el cambio sino los cambios en el sistema van a propiciar reacomodos en la estructura familiar.

Otro aspecto a resaltar es la importancia que se le da al contexto en la familia, tanto a nivel socio-cultural, como al específico de cada familia (ciclo vital, integrantes, etc), por lo que las intervenciones y sucesos descritos por cada familia deberán ser entendidos dentro de este marco contextual.

2.6.2. TERAPIA SISTEMICA DE MILAN.

El equipo de Milán estaba configurado en su primera etapa por los terapeutas Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Como casi todos los terapeutas de esta primera etapa de la terapia familiar, ellos tenían una formación basada en la orientación psicoanalítica. En mayo de 1967, por iniciativa de Selvini, inician sus actividades en el Centro para el Estudio de la Familia en Milán, Italia. El grupo de Milán enfoca su trabajo principalmente hacia familias que tienen algún integrante que presenta problemas de anorexia o psicóticos.

El grupo de Milán reorienta su trabajo terapéutico al ir adoptando los postulados del equipo del MRI de Palo Alto, en esta etapa reciben asesoría por parte de uno de los integrantes de este equipo, Paul Watzlawick, además de estudiar y discutir la literatura propuesta por él y su equipo de Palo Alto (Eguiluz, 2004).

Del equipo del MRI, retoman la visión de ver a la familia como un sistema abierto, la teoría de la comunicación humana y en especial la teoría del doble vínculo, la cual es denominada por el Grupo de Milán como "comunicación paradójica", se dice que este tipo de comunicación va a propiciar que un individuo desarrolle conductas de tipo esquizofrénico.

Se considera que la familia como todo grupo está regido por ciertas reglas, las cuales se van estableciendo a lo largo del tiempo basándose en ensayos y errores de lo que se puede y lo que no se puede hacer en cada familia; estas reglas familiares van a establecer una especie de "juego familiar", el cual "engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros y de la familia en conjunto" (Ochoa de Alda, 1995). El objetivo o meta terapéutica será modificar el estilo del juego familiar, que permitan cambiar las reglas y creencias, buscando propiciar un cambio en todo el sistema familiar.

El equipo de Milán, al igual que Minuchin en su terapia estructural, trabaja con todo el sistema familiar, o por lo menos con gran parte de éste. La terapia está planificada para que tenga una duración de 10 sesiones, las cuales tenían un intervalo de un mes entre cada una de ellas (en casos excepcionales, se puede plantear con la familia una segunda etapa de otras diez sesiones). Ese período tan largo ayudó al equipo de Milán a observar diversas ventajas que tenía alargar las sesiones, pues resultaba más eficaz, ya que una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado (Boscolo y Bertrando, 1996).

2.6.2.1. Etapas de la sesión terapéutica.

La forma en que trabajaba el equipo original de Milán es la siguiente, se dividen en dos partes, dos terapeutas, una mujer y un hombre van a ser los observadores, quienes estarán detrás del espejo unidireccional, otra pareja hombre-mujer estará frente a la familia, las parejas se van a rolar, no siempre teniendo la misma pareja

cada terapeuta. Los motivos por los cuales se trabaja con un par de terapeutas de sexo distinto son que uno permite alcanzar, sobre todo, un mayor equilibrio fisiológico en la interacción entre los dos coterapeutas, y entre éstos y la familia hay algunas redundancias en la interacción inicial de la familia con uno u otro de los terapeutas, ayudan a intuir ciertas reglas del juego familiar y evita que caigamos en las redes de ciertos estereotipos culturales sobre los dos sexos (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 65).

La secuencia de las sesiones de la terapia del equipo de Milán se divide en cinco partes (Ochoa de Alda, 1995):

El contacto inicial con las familias se lleva a cabo vía telefónica, la cual es realizada por alguno de los integrantes del equipo. En esta entrevista, además de llenarse una ficha telefónica, el terapeuta tomará en cuenta diversas características importantes para la sesión en vivo, como lo es el tono de voz, las peculiaridades de la comunicación, la forma en que interacciona con el terapeuta, etc.

1.- Primera parte o presesión.

En esta parte todo el equipo terapéutico lee la ficha de datos de la familia o el acta de la sesión anterior en el caso de que no se la primera cita para la familia.

2.- Segunda parte o sesión.

Esta parte conforma lo que es en si la sesión con la familia, la cual dura aproximadamente una hora, aquí se observan los estilos de interacción de la familia, su sistema de reglas y de comunicación, etc. Durante esta etapa, la parte del equipo terapéutico que ejerce el rol de observadores puede interrumpir, para indicarles observaciones a los terapeutas que están al frente de la familia.

3.- La discusión de la sesión.

Aquí el equipo de terapeutas que esta frente a la familia se retira para reunirse con el equipo observador, con el fin de analizar aspectos importantes de la sesión y decidir cómo va a ser el cierre de la sesión con la familia.

4.- La conclusión de la sesión.

Los terapeutas que están frente a la familia vuelven con ésta y finalizan la sesión con algún comentario o con una tarea para que la realice la familia. Por lo general, las tareas que se indican a la familia, son estudiadas previamente por el equipo para que resulten paradójicas, es decir, que ya sea que la realicen o no, se provoque un cambio de acuerdo a los fines de la terapia.

5.- El acta de la sesión.

El equipo completo de terapeutas se vuelve a reunir, analizando lo ocurrido al cierre de la sesión, posteriormente formulan hipótesis y redactan un acta de la sesión, donde se realiza una síntesis de lo más importante de ésta.

Se considera como aportes del grupo de Milán en el proceso de entrevista a la construcción de hipótesis, las preguntas de tipo circular y la postura neutral del terapeuta ante la familia; con respecto a las técnicas de intervención se considera el uso de rituales e intervenciones paradójicas, y la connotación positiva (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

2.6.2.2. Elementos de la entrevista.

Los elementos de la entrevista son los siguientes:

- Construcción de hipótesis:

A través de la información proporcionada por el sistema familiar, el grupo de terapeutas va creando hipótesis sobre las "reglas de juego" de la familia, las cuales rigen la conducta de cada uno de sus elementos. La hipótesis se realiza desde la sesión inicial y se va ratificando o rectificando a lo largo del proceso terapéutico.

- Preguntas de tipo circular.

Las preguntas de tipo circular tienen el objetivo de indagar el funcionamiento del sistema completo, poniendo el énfasis en la interacción de todos los integrantes de la familia y no en el individuo aislado; por ejemplo, el terapeuta puede preguntarle a un integrante de la familia qué cree que los demás integrantes de la familia piensan sobre alguna conducta de la familia, en lugar de preguntárselos a ellos directamente.

Algunos tipos de preguntas que sirven para investigar sobre las hipótesis construidas sobre el sistema familiar son las triádicas, donde un tercero es obligado a ser testigo sobre la opinión de otros dos; preguntas que investigan sobre alianzas, preguntas para clasificar, que investigan quién opina más sobre un hecho en la familia; preguntas explicativas, que buscan conocer sobre las creencias en el sistema familiar acerca de por qué se dan los "problemas familiares". Otro tipo de preguntas llamadas hipotéticas, buscan trazar nuevos mapas familiares basados en nuevas reglas del sistema, planteando a la familia qué pasaría si ocurrieran sucesos diferentes en su vida (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

- Postura neutral ante la familia.

A diferencia de lo que ocurre en la terapia estructural, el grupo de Milán apuesta por asumir una posición neutral ante la familia, evitando realizar alguna coalición o alianza con alguno de sus miembros. El concepto de neutralidad es definido de la siguiente manera: "Una posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las

soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento. En opinión del grupo de Milán los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia; por lo tanto, deben actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia y que puedan generar sus propias soluciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

2.6.2.3. Técnicas de intervención terapéutica.

- Intervenciones paradójicas.

Algunas familias presentan patrones de comunicación basados en mensajes de doble vínculo, lo cual atrapa al paciente identificado en una paradoja, donde haga lo que haga perderá, y será identificada su conducta como distorsionada. El equipo de Milán postula que es imposible confrontar a la familia directamente, cuestionándola o analizando este tipo de patrón de comunicación. Para modificar esta secuencia de conductas se deben prescribir tareas de la misma índole, es decir, realizar una "contraparadoja", la cual es denominada "intervención contraparadójica" o "doble vínculo terapéutico", con el cual se busca "anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga siempre se logró un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo" (Boscolo y Bertrando, 1996).

- Rituales terapéuticos

Otro tipo de intervención es la realizada a través de un ritual, el cual lo define el grupo de Milán de la siguiente manera:

"Desde el punto de vista formal se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. En efecto, para ser eficaz, el ritual tiene que implicar a toda la familia" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 84).

El ritual es precisado por el terapeuta en su totalidad, especificando el tiempo, el lugar, las actividades de cada uno de los integrantes de la familia, etc. Con los rituales terapéuticos se busca modificar las pautas de conducta de la familia, de una manera que no quede explícito de manera verbal, que se está indicando dicho cambio. Un ejemplo sería prescribir a una familia en que los padres impiden que se expresen sus hijos, que todos los viernes por la noche se hiciera una asamblea familiar con todos los miembros de la familia, reservando 15 minutos a cada uno de ellos para hablar sobre un tema determinado, sin la posibilidad de que otro integrante de la familia tome la palabra.

- Connotación positiva

Esta intervención se basa en atribuirle un significado positivo al síntoma del paciente designado y a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia. Esta intervención, tiene las siguientes funciones:

- 1) Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema.
- 2) Acceder al sistema mediante la conformación de su línea homeostática.
- 3) Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho.
- 4) Provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación.
- 5) Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeuta.
- 6) Definir el contexto como terapéutico (tipo de contexto).

El modelo de Milán propició innovaciones en el trabajo terapéutico, aunque éstas no permanecieron estáticas a lo largo del tiempo. El trabajo con una pareja hombre-mujer frente a la familia y otra detrás del espejo se modificaría al escindir el equipo original en hombre y mujeres, además de que esto no era posible cuando no se podía disponer de un equipo dividido en pares de terapeutas hombre-mujer o cuando se trabaja de forma individual (Eguiluz, 2004).

A pesar de que uno de los objetivos de la existencia de un par de terapeutas observando detrás del espejo para evitar el peligro de caer en el juego de la familia y poder ver que papel jugaban en la interacción familiar el equipo que se encontraba frente a la familia, todo esto, con base en la concepción de la existencia de un observador fuera del sistema, a la vez esto se puede considerar como un paso hacia el punto de vista de la cibernética de 2º, orden, donde se percibe al equipo de terapeutas "observadores" como co-participadores dentro del sistema familiar. En modelos más recientes, el papel del equipo detrás del espejo ha evolucionado hacia un papel más activo y participante con el cliente, incluso se posibilita a éste a escuchar los comentarios finales de todos los terapeutas.

Si en el modelo estructural el integrarse activamente al sistema familiar e incluso realizar alianza terapéuticas con algún integrante eran estrategias de uso común, el equipo de Milán concibe que el terapeuta debe mantener una posición neutral ante la familia, donde se alía ni confronta directamente a ningún miembro de ésta. Esta posición va a ser reconceptualizada en modelos que trabajan dentro de la perspectiva de segundo orden, donde se afirma que el terapeuta también va a ser influido por el paciente, además de concebir desde un pensamiento sistémico que toda interacción va a crear una influencia, es cuestionable la posición de una completa neutralidad del terapeuta.

Un aspecto, que fue cuestionado incluso por algunos integrantes del equipo original de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), es la excesiva preocupación que se asumía por parte del equipo para poder "atacar" la resistencia de la familia, la cual comúnmente era concebida como parte del "sabotaje" de algún o algunos integrantes de la familia hacia el trabajo terapéutico, por lo que se destinaba gran parte del tiempo en crear intervenciones que disiparán dichas resistencias.

El equipo de Milán vigiló el uso del lenguaje. En un esfuerzo por evitar transmitir la idea de que las descripciones clínicas son algo más que

interpretaciones subjetivas. En lugar de decir "él está deprimido" o "ella está ansiosa", decían, "él muestra depresión", y "ella actúa como si estuviera ansiosa". En sus interrogatorios circulares le pedían a la persona que explicara su idea sobre el comportamiento, en lugar de preguntar "¿por qué haces esto?" o "¿por qué estás triste?".

2.6.3. TERAPIA ESTRATEGICA DE JAY HALEY.

La terapia estratégica de Jay Haley puede considerarse como la mezcla de aspectos de la terapia estructural de Minuchin y la estratégica de otros modelos como el MRI (Hoffman, 1981).

Haley forma parte del equipo de Mental Research Institute y del equipo pionero de Gregory Bateson, en esa época el trabajo terapéutico es influenciado por los aspectos de la teoría de comunicación como interacción, el doble vínculo, etc. En 1980 Jay Haley decide separarse del equipo del MRI para colaborar en la Philadelphia Child Guidance Clinic, junto a Salvador Minuchin, donde va a interesarse más en aspectos estructurales de la familia en la intervención en terapia. Haley considera a la terapia estratégica, no como un modelo, sino como una forma específica de abordar los problemas de los pacientes, en donde se puede utilizar diversas técnicas que sean adecuadas a cada caso específico.

Menciona Haley (1980), que una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema; en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

La terapia de Haley también se le ha nombrado “terapia estratégica para resolver problemas”, ya que para él es importante definir el problema que trae la familia, para poder llevar a cabo una terapia exitosa. De acuerdo a Haley, un problema no es definido como algo característico a una sola persona del sistema familiar, sino como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos (Haley, 1976).

Al igual que Minuchin, Jay Haley considera importante trazar un mapa familiar para conocer la estructura de la familia, ya que se considera que el problema es consecuencia de coaliciones encubiertas, exclusiones de integrantes del sistema familiar, disfunción de la jerarquía, etc.; los síntomas o problemas, se piensa que cumplen una función en la familia y aportan información sobre la estructura familiar.

2.6.3.1. Secuencia de la terapia.

Se considera que la intervención terapéutica comienza desde el momento en que la familia concierta cita para su tratamiento. Para Haley es importante que se presente a las sesiones toda la familia y no sólo el individuo al que se le atribuye el problema. Además, se debe invitar a las sesiones a todas las personas que estén involucradas en el problema, aunque no pertenezcan a la familia nuclear, como pueden ser los tíos; los abuelos, aún cuando vivan fuera del sistema familiar, los maestros; etc. El terapeuta debe investigar qué pasa en los contextos donde se menciona que se presenta el problema, por ejemplo, en niños con problemas escolares, se debe investigar qué pasa en dicho contexto.

La primera entrevista se divide en cuatro etapas según Haley y Richeport-Haley (2003): 1) etapa social, 2) etapa de planteo del problema, 3) etapa de interacción y 4) etapa de fijación de metas:

1) Etapa social

En esta primera etapa, se va a presentar el terapeuta con cada uno de los integrantes de la familia, a su vez, ellos también se presentarán. No se permitirá que algún miembro de la familia monopolice la plática, ni que se aborde el problema todavía. El terapeuta va a observar algunos aspectos de la familia, que le sirvan para construir hipótesis sobre su estructura (forma en que se sientan, en que se comunican, etc.).

2) Etapa del planteamiento del problema

El terapeuta preguntará a la familia la causa por que han venido, en esta etapa es importante que todos sus integrantes den su punto de vista. Se deberá clarificar el problema, e identificar la secuencia de conductas entre la familia que constituye el problema, además del contexto en donde se presente éste.

3) Etapa de interacción

En esta etapa el terapeuta dejará a los integrantes de la familia que discutan sobre el problema. El terapeuta deberá evitar que la discusión se centre en sólo dos personas, interviniendo para que todos los integrantes participen. Esto permitirá observar como es la interacción familiar, se corroborará o rechazará las hipótesis sobre la estructura familiar.

4) Etapa de fijación de metas

Al concluir la etapa de interacción, se establece con la familia los cambios a los que se quiere llegar, que serán los objetivos de la terapia. Los objetivos deberán ser resolubles, la terapia deberá centrarse en ellos y permitirán saber si se ha tenido éxito en la intervención terapéutica o no. Esta parte de la sesión será importante para el transcurso de la terapia, Haley (1980) comenta que el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia.

2.6.3.2. Aportaciones de Jay Haley.

El modelo estratégico desarrollado por Jay Haley se enfoca a trabajar sobre la estructura familiar, los aspectos comunicativos que se dan entre los componentes de éste y los juegos de poder que allí se presentan.

Haley desarrolla algunos conceptos emanados de las escuelas terapéuticas donde trabajó de manera activa (la teoría comunicacional del MRI y el estructural), en especial retoma la teoría del doble vínculo, considerando una tercera persona en este proceso, esto es denominado como "triángulo perverso" o "triada patológica" (Hoffman, 1981). Las características para que se dé esta triada, son:

1. Debe contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de status y una persona de un nivel distinto. En la familia esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.
2. Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante.
3. La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta (Hoffman, 1981).

Un aspecto a resaltar de este modelo es precisamente su espíritu "estratégico", al referirse a que cada caso es distinto y que los instrumentos, técnicas e intervenciones deben ser elegidos de acuerdo a las características del paciente y no el paciente encajar a las características del modelo con que se trabaja en terapia. Haley puede asumir ante un problema una posición directiva y con otro semejante en diferentes circunstancias, una posición no directiva; esta forma de trabajar la retoma del trabajo de Milton Erikson, el cual se caracterizaba por esta flexibilidad para adecuarse a cada caso específico en terapia (Madanes, 1984).

CAPITULO 3: TERAPIA NARRATIVA.

Genéricamente hablando podríamos decir que la humanidad ha atravesado por diferentes momentos históricos que han sido caracterizados por una peculiar manera de pensar. Así, de acuerdo a Gergen (1991), la concepción de lo verdadero no ha sido otra cosa que una creencia compartida que se ha ido modificando a lo largo de la historia, pero una creencia asociada con una serie de prácticas sociales y una actitud epistemológica que integra la experiencia, además de una normatividad para la acción moral. De aquí que algunos autores como Limón (1997) y Gergen (1991), identifiquen ciertas épocas con ciertas formas de pensar, como es el caso de la Edad Media, caracterizada por la preponderancia de la inspiración divina como rector último de la verdad; la Ilustración, en donde se buscaba hacer una revisión de la concepción del mundo y el hombre a la luz de la razón y de la experiencia, lo cual empezaba a poner más énfasis en las facultades personales del hombre y en el poder de la observación; el Romanticismo, una época que le atribuye un matiz oculto y misterioso a la naturaleza humana; y la Modernidad, una época que retoma la herencia del movimiento ilustrado del siglo XVIII, que rescata la idea del poder de la razón y de la observación como base última del conocimiento verdadero (Gergen, 1991). En este último caso, según Limón (1997), se trata de una muy importante época con impresionantes avances tecnológicos pero que, aparentemente, le está cediendo terreno a una nueva forma de pensar y a una nueva "conciencia colectiva" que algunos importantes teóricos contemporáneos han venido identificando con la posmodernidad, una época donde constantemente nos estamos exponiendo a otros valores, opiniones y estilos de vida, situación que permanentemente nos está empujando a una nueva conciencia de nosotros mismos. Igualmente se podría hacer una analogía con el Renacimiento, sobretodo por que muchas de las características identificadas con la posmodernidad tienen cierto parecido con aquella época histórica, como fue la crisis de creencias e ideas, el descubrimiento de nuevos hechos, la ampliación del horizonte geográfico e histórico, la fermentación de nuevas concepciones sobre el hombre y el mundo, las tendencias escépticas, la

actitud crítica, etc., o porque este período se distingue de los otros por su carácter multiforme, conflictivo y, sobretodo transicional, lo cual siempre ha dificultado su adecuada caracterización, tal y como está aparentemente sucediendo con la llamada posmodernidad (Limón, 1997).

Las aproximaciones postmodernas de la terapia familiar están estrechamente vinculadas con los modelos de terapia basados en el construccionismo social. El postmodernismo se refiere a un movimiento en nuestra cultura que se aleja de búsqueda y la creencia de verdades fundamentales. El postmodernismo ha sido descrito como “una teoría lingüística que propone que el mundo social no puede ser tratado como un sistema objetivo”. Este movimiento está interesado en explorar las maneras en que el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia moldean nuestras visiones acerca de la realidad, la verdad y el conocimiento (Limón, 2005a).

El postmodernismo ha influido los modelos que guían la práctica con familias, representa también una nueva orientación socio-cultural a la terapia familiar (Limón, 2005a). Las propuestas de la terapia que están empleando la teoría del construccionismo social y las aproximaciones narrativas han sido asociadas con el postmodernismo, estas propuestas se originaron a partir de los modelos sistémicos y en ocasiones como una reacción a éstos. La mayor parte de los progenitores de los modelos postmodernos fueron entrenados originalmente como terapeutas sistémicos. Tanto la crítica feminista como la crítica multicultural a los modelos tradicionales de terapia familiar abrieron camino para la creación de las perspectivas postmodernas. Asimismo, algunos practicantes empezaron a desilusionarse de los modelos estratégicos constructivistas, querían explorar nuevas maneras de conceptualizar y trabajar con familias (Hoffman, 1981).

Otros factores que contribuyeron al desarrollo de la práctica postmoderna son la creciente tendencia a ver a la familia como un sistema abierto influido por muchos sistemas sociales, un mayor reconocimiento de la importancia del

lenguaje en la terapia, el interés por las teorías postmodernas en las ciencias sociales, el nuevo interés por incluir la acción social, la crítica cultural y social como parte del proceso terapéutico. Terapeutas como Michael White, David Epston y Lynn Hoffman tuvieron una especial influencia en la defensa de una visión sociopolítica de la terapia, ya que señalaron la necesidad de la acción social como vía para el cambio de las narrativas dominantes, presentes debido a las influencias opresivas de la cultura y la sociedad en general (Hoffman, 1992; White y Epston, 1980).

El postmodernismo asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y las comprensiones. Estas ideas tienen implicaciones profundas para la conducta del terapeuta.

Un importante grupo de pensadores posmodernos son los construccionistas sociales (McNamee y Gergen, 1992). En un intento por definir la manera en la que explican el mundo, los construccionistas sociales han dirigido la mirada a nuestros orígenes sociales y han abandonado la búsqueda de verdades fundamentales y conocibles. Para ellos el mundo que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo no son verdades absolutas.

El construccionismo social enfatiza el entrecruzamiento de ideas a nuestras conversaciones (Anderson y Goolishian, 1992). Esto no significa que intercambiamos ideas como si intercambiáramos estampas. Más bien, se reconoce que lo que nosotros te decimos a ti, es interpretado de una manera particular y única. Las comprensiones creadas moldean y son moldeadas por otras ideas. Entonces hacemos una interpretación única de la comprensión de otros. La posición construccionista es que aún cuando habitualmente actuamos sobre un significado particular como si fuera el único significado, como si fuera la única verdad acerca de un problema, éste es solamente uno de varios significados o

interpretaciones plausibles de los mismos eventos o las mismas conductas (Limón, 2005b).

Esto implica que los significados son transitorios, cambiantes, de momento a momento, en la conversación. Las "verdades" últimas o fundamentales son vistas con gran escepticismo por los construccionistas sociales.

3.1. LA TRANSICIÓN: DE LA TERAPIA SISTEMICA A LA TERAPIA NARRATIVA.

Kenneth Gergen ha sido el motor principal para el desarrollo del enfoque construccionista, mismo que ha revestido características sociales de movimiento, y uno de los principales promotores para su acercamiento a la psicoterapia, lo cual ha incluido su personal participación en publicaciones, congresos y talleres dentro de los escenarios contemporáneos de la terapia familiar.

Aunque los orígenes de este movimiento están ubicados en los ámbitos de la psicología social, que es el área de la psicología que ve nacer a la orientación socioconstruccionista y el escenario académico e institucional donde pueden ser identificados los primeros trabajos, es evidente que este movimiento no sólo ha trascendido los ámbitos tradicionales de la psicología social, sino que incluso ha ido más allá de los límites históricamente heredados de la misma (Ibáñez, 1994).

A mediados de los años ochenta de siglo XX es cuando el construccionismo se empieza a filtrar entre los escenarios de la psicoterapia, en parte por la gran apertura que se estaba propiciando entre los terapeutas familiares de corte sistémico, y en parte, también, por la cercanía conceptual que parecía existir con el constructivismo que entonces predominaba. No obstante que en algunos casos este acercamiento estuvo inducido por la ambigüedad que había producido su similitud con el constructivismo, al mismo tiempo fue una ambigüedad que vino a enriquecer las inquietudes que ya se estaban generando entre los terapeutas

familiares de la época, y un incidente que vino a reforzar la ideología de las dos corrientes por parte de sus promotores.

Uno de los casos más relevantes de estos movimientos, podamos identificarlo en la cercanía conceptual y de amistad que existía entre Kenneth Gergen y Harry Goolishian, pues fue precisamente este último autor, en colaboración con Harlene Anderson, uno de los primeros terapeutas que indagaron en la hermenéutica para derivar una forma de trabajo diferente para la psicoterapia, como fue su original propuesta sobre lo que ellos denominaron el "método dialógico" (Anderson y Goolishian, 1992). Cuando en los años ochenta muchos terapeutas estaban fascinados por las novedosas aportaciones de la terapia familiar sistémica. Goolishian ya estaba trabajando en las propuestas apenas visibles de la naciente orientación construccionista y en sus planteamientos sobre el lenguaje, inquietud que le llevó a hacerle una invitación a Gergen para que les visitara. Fue quizá esta visita lo que potencializó las inquietudes intelectuales que desde finales de los años sesenta ya estaban rodando por el Instituto Galveston.

Poco a poco fueron apareciendo presentaciones en congresos que empezaron a hablar del "giro interpretativo" o "hermenéutico" en la terapia familiar, cursos y talleres que hablaban del discurso, diálogo o narrativa de los clientes, y también publicaciones cada vez más cercanas a esta perspectiva, lo que empezó a delinear una nueva y atrayente tendencia dentro de los ámbitos originales de la terapia familiar de corte sistémico. Aunque no se podría afirmar que los terapeutas que se estaban aproximando a esta tendencia se identificaban ampliamente con el movimiento socioconstruccionista, pues incluso algunos seguían manteniendo importantes vínculos conceptuales con los presupuestos sistémicos, cibernéticos, constructivistas o cognoscitivistas, hay quienes empiezan a ver, en una especie de "transición paradigmática", un interesante acercamiento hacia los autores y planteamientos a los que antes habían recurrido aquellos primeros promotores del socioconstruccionismo (Limón, 2005b).

Lo anterior es muy importancia para la psicoterapia, tanto para el terapeuta como para las personas que buscan ayuda en la terapia, pues la orientación construccionista está promoviendo la movilidad entre la gran diversidad de interpretaciones disponibles en nuestro más amplio entorno cultural. Como menciona Kenneth Gergen (1994), es una orientación o postura que puede permitirnos flotar más libremente en el mar de posibilidades y, con ello evitar el revolver ideas, así como el sufrimiento que pudiera estar atrapado entre los límites restringidos de los discursos cerrados.

Así como la terapia familiar con orientación sistémica fue el imán de atracción para muchos terapeutas en los inicios de la segunda mitad del siglo XX, algunos desencantados por su formación de origen, otros atraídos por la gran eficacia de sus "técnicas", otros por sus efectos a plazos mucho más cortos que los provistos por otras formas terapéuticas, así mismo piensa Limón (2005a), que fue la transición a finales del siglo XX hacia estas nuevas orientaciones o tendencias, aunque aquí, de acuerdo a este autor, es más notorio un interesante estado de "liberación" que antes no había sido abiertamente señalado por los pacientes. Ése ha sido el caso de muchos terapeutas familiares originalmente afiliados a la perspectiva sistémica que, según lo refiere este autor, ahora se promueve una orientación de corte construccionista, narrativo o hermenéutico, así como la aparición de terapeutas y tendencias cada vez más cercanos a estas orientaciones.

3. 2. DEL CONSTRUCTIVISMO AL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.

Al margen de sus antecedentes en los años sesenta y setenta del siglo pasado, el construccionismo social empezó a delinearse conceptualmente, primero en las universidades, para posteriormente emigrar al campo de la terapia familiar. Se trata de una aproximación con un estrecho vínculo conceptual dentro del campo de la filosofía y de la sociología, como se puede ver en la propuesta original de Peter Berger y Thomas Luckmann (en Limón, 2005a) sobre la construcción social

de la realidad, aunque las particularidades de esta novedosa aproximación se desarrollaron en el campo de la psicología social. El "movimiento constructorista social", también conocido "socioconstruccionismo o construccionismo", desde inicios buscó distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas de la psicología, pero además pretendía presentar un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes.

En 1991 Kenneth Gergen distingue el término *constructivismo* para referirse al mismo movimiento (Watzlawick, 2000), éste igualmente es utilizado para referirse a la teoría Piagetiana, a una forma de la teoría perceptual, y a un movimiento significativo del arte en el siglo XX. El término *construccionismo* evita estas confusiones y facilita su enlace.

Esta nueva perspectiva, que en sus inicios produjo cierta confusión, particularmente por su similitud fonética con el constructivismo, incluso llevó a pensar que se trataba de sinónimos (Limón, 2005a). Así Lynn Hoffman (1981) señalaba que muchas personas, confundieron esta teoría con el constructivismo, las dos posiciones son muy diferentes". No obstante, de acuerdo a Hoffman, existe un terreno común porque ambas se oponen a la idea "modernista" de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, las creencias representadas por el constructivismo, nos señala esta autora, que se promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, pues esta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno. Los teóricos de la construcción social, entre ellos Hoffman, creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son medidas por el lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los constructoristas, evoluciona en el espacio entre las personas en el mundo, y es así, a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

Según Ibáñez (1994), por sus fuentes de inspiración la orientación socioconstruccionista puede ser considerada como una aproximación ecléctica, pero de un eclecticismo que puede ser concebido como un mecanismo abierto y enriquecedor. Se trata de una interesante característica que, además de que nos permite "ver la realidad" desde diferentes perspectivas, al mismo tiempo nos está dejando la puerta abierta para considerar otras posibilidades.

Para Hoffman (1981), el construccionismo social le era más comprensible ya que encontraba que en lugar de observar a los individuos como "sistemas biológicamente aislados", se abría la posibilidad de observarlos como seres de los que emergen múltiples significados a través de la interacción con los demás.

3.3. CONSTRUCCION SOCIAL.

Básicamente, la teoría de la Construcción Social apunta a nuevas creencias acerca del mundo son invenciones sociales y observa el desarrollo del conocimiento como un fenómeno social. Sostiene que la percepción sólo evoluciona dentro de los márgenes de la comunicación, y afirma que el desarrollo de una gama de significados que emergen infinitamente de las interacciones entre personas, son parte de un fluir constante y general de narrativas cambiantes.

Gergen y Kaye (1992), sostienen que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre personas, en el ámbito del mundo común y corriente, y es sólo a través de la permanente conversación con su yo íntimo que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior, y afirma que en la visión del construccionismo social existe un intercambio común y mientras nos movemos dentro de un entorno construimos nuestras ideas acerca del mismo en la conversación con otras personas.

Destacó, igualmente, la importancia acerca del lenguaje y el discurso, mencionando que el significado y la comprensión los construyen socialmente las

personas en la conversación y en el diálogo. Así, la acción humana tiene lugar dentro de una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Estas realidades narrativas construidas socialmente dan sentido y organización a la propia experiencia.

Gergen, (1994) define la idea de que la autoexpresión de una a través del lenguaje contribuye poderosamente a que esa persona sea quien es. Hablar con nosotros mismos o con otros, es una manera de definirnos. En ese sentido, el lenguaje que usamos nos hace lo que somos en el momento en que la usamos.

Las tendencias del construccionismo social despertaron interés en algunos círculos de psicólogos clínicos y fueron adaptadas para su aplicación dentro de sus trabajos en distintos países. Así, los terapeutas clínicos de la escuela de Milán, como Boscolo y Cecchin, retoman algunas ideas de la filosofía del construccionismo social, agregándole algunos elementos. En lugar de ir en busca de patrones de comportamiento, van en busca de patrones de significados. Se le empieza a dar un lugar primordial a la conversación y desarrollan una técnica muy importante que denominan "interrogatorio circular". Con esta técnica presuponían que las acciones y emociones de una persona afectarían a los demás miembros de manera recurrente, de tal forma que durante la conversación influían en uno o más miembros de la familia mientras pareciera que se estaba hablando con otra persona dentro del proceso terapéutico. Esta práctica permite encontrar una forma sumamente rica de generar nuevas informaciones y conexiones.

En los Estados Unidos, Harlene Anderson y Harry Goolishian del Instituto Galveston, acuñan el término de "sistema determinado por el problema", en donde el sistema consistiría en una "conversación" o un "sistema de significados", que incluiría las contribuciones del terapeuta, más todos los involucrado en la conversación.

Aunado a lo anterior, Lynn Hoffman, autora de varios libros sobre terapia sistémica y quien colaborara con el equipo de Milán, lo explica de manera similar y señala que el “sistema no crea el problema”, sino que “el problema crea al sistema”, tomando al sistema como un “sistema formado por una conversación sobre el problema”. Lo importante radica en que los componentes de un sistema tal, no son los cuerpos individuales, sino las ideas que los unen. Así, un “sistema problema” no es un conjunto de personas, sino una red de significados.

Por su parte, White y Epston (1980) mencionaron que las creencias, valores, instituciones, costumbres, etiquetas, leyes y todo aquello que configura la “realidad” social del ser humano, es construido por los miembros de la propia sociedad, conforme interactúan con los demás, y es así como se van creando día a día y se van transmitiendo de generación en generación. Dicho de otra manera, las sociedades construyen “las lentes” a través de las cuales los miembros interpretarán el mundo. El individuo toma como modelo esta “realidad” para construir sus propias creencias, prácticas, palabras y experiencias bajo las cuales formará su vida, o, como lo describirían los teóricos posmodernistas, es a forma como se “construirá el yo”.

Los autores comenzaron a enfocar su interés en la semántica, la lingüística y la narrativa, esta actitud parece marcar un gran cambio al desplazar en las historias e interacciones ente personas, el enfoque bio-cibernético, anteriormente aplicado, por un enfoque narrativo, asumiendo que las entidades están siempre en procesos de cambio. El lenguaje y algunas normas en el proceso terapéutico también experimentan transformaciones importantes con las ideas del construccionismo social. Se sustituyen los términos “información” y “patrones”, denominándolos en su lugar, “historias” o “narraciones”. Más que hablar de “sistemas”, se adoptan los vocablos “cultura” o “sociedad”. En lugar de que el terapeuta se refleje como “un mecánico que debe arreglar una máquina descompuesta”, o como “ecologista que trata de entender cómo influir en un complejo ecosistema”, éste se muestra interesado y con la suficiente habilidad y curiosidad para hacer preguntas que

logren que el paciente comparta las experiencias y el conocimiento que encierran sus historias.

3.4. LA TERAPIA COMO CONSTRUCCION SOCIAL.

Las tendencias e ideas del construccionismo social influyen para que las ciencias sociales experimenten cambios importantes en el pensamiento posmoderno. A partir del postmodernismo, los trabajos se centran en ideas vinculadas al texto y la narración, destacando la importancia de las perspectivas dialógicas y múltiples, el autodescubrimiento, y en especial se centra en el proceso, no tanto así en los objetivos.

Se enfatizan las siguientes cuestiones: el "yo" se concibe como una identidad narrativa; el texto no es algo a interpretar, sino un proceso de desarrollo; no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica, sino que se aborda dentro de un contexto de significado social.

El postmodernismo se caracteriza por su especial énfasis en el lenguaje, es decir, en la interacción mutua para la construcción de los mundos personales. Examina cómo el proceso de interacción brinda las oportunidades para que determinados acontecimientos surjan y desaparezcan. Así, ciertos contextos interactivos privilegian una forma de discurso.

McNamee y Gergen (1992) apunta que, si se tiene en cuenta el énfasis sobre el lenguaje y la construcción social, en las condiciones postmodernas, las personas existen en un estado de permanente construcción y reconstrucción. Enfatiza, también, la narración y el pensamiento narrativo, implican una nueva concepción de la relatividad del significado, la aceptación de la indeterminación, la exploración creadora de una multiplicidad de significados, y la comprensión de que no es necesario ni apoyar una historia estática ni buscar una historia definida.

En otro momento, Gergen (1991), señala que el desarrollo de una narración o de un relato es algo que se hace conjuntamente con otras personas. Es el proceso de definir quiénes somos en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros, y esta narración, o sentido del yo, no sólo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro propio discurso.

Michel White (1989), por su parte, desarrolla una innovadora técnica psicoterapéutica de externalización del problema, basándose en la separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del individuo. En otras palabras, este autor define al problema como algo separado de lo que es la persona, examinando las influencias que el problema pudiera tener sobre la vida del paciente y qué influencia tiene la persona sobre la vida del problema. Esto permite a la persona tomar iniciativas más efectivas a fin de resolver el problema que ejerce sobre sus vidas. Las iniciativas curativas del sujeto se movilizan a través del cuidadoso lenguaje dentro de la conversación terapéutica.

White retoma los conceptos que tiempo atrás Gregory Bateson (1979) desarrolló sobre la "temporalidad" o "importancia del tiempo", así como el de "la diferencia que hace una diferencia". Solamente se puede percibir el cambio en función del tiempo, ya que "la diferencia que hace la diferencia" se da al comparar una situación en dos momentos distintos. Bateson afirmaba que las cosas no se ven como algo en sí mismas, es decir, que no hay una realidad verdadera, sino que se ven las cosas como algo diferente del entorno, y esto es a lo que él llamaba "establecer una diferencia". Se pueden establecer muchas diferencias, tantas como los sentidos pueden hacer. Las diferencias disponibles son tantas que no se tiene la posibilidad de prestar atención a todas. Siempre hay más para ver que lo que se ve. Así, en la interacción con otros, dos personas probablemente establecerán diferentes distinciones de una misma situación, o "diferentes mapas del mismo territorio" (Limón, 2005b).

Anderson y Goolishian (1992), afirman que la terapia, y por ende la conversación terapéutica, implican un proceso "de participación conjunta". Cada persona habla con "el otro", no le habla "al otro". Es éste un mecanismo por el cual el terapeuta y la persona participan del co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones, buscando desarrollar una nueva historia de la vida de la persona que le ofrezca una visión algo diferente de su situación, pero no demasiado diferente como para que desarme la conversación. El papel del terapeuta, según estos autores, consiste en poner toda su habilidad al servicio de un esfuerzo por desarrollar un espacio conversacional libre, facilitando el inicio de un proceso de diálogo dentro del que pueda producirse "lo nuevo".

Algunas de las ideas fundamentales de la terapia narrativa se pueden centrar en los siguientes puntos:

- Las realidades se construyen socialmente.
- Las realidades se van construyendo a través del lenguaje.
- Las realidades se organizan y se mantienen a través de las narraciones.
- No existe una verdad única.
- El experto es el cliente.

Ya mencionamos a los principales autores de la terapia narrativa, sin embargo a continuación presentamos sus principales enfoques y sus características a profundidad, ya que es importante saber de sus aportaciones para esta terapia:

3.4.1. Harlene Anderson y Harold Goolishian

El primer caso es el de Harold Goolishian y Harlene Anderson, autores cruciales en este ámbito y pioneros en favorecer el giro interpretativo para la psicoterapia. Según Limón (2005a), estos autores, fueron los primeros en abandonar la bandera de la cibernética para tomar el estandarte de la hermenéutica, mencionando adicionalmente que, para los terapeutas familiares que han abrazado esta nueva

concepción, la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos fue reemplazada por la curva intersubjetiva del diálogo, lo que favoreció el desplazamiento de la metáfora central de la terapia hacia la conversación. Considerando que había serias limitaciones en las metáforas sustentadas en la cibernética y en los modelos cognoscitivistas y constructivistas, sobre todo por su visión del ser humano como “una máquina de procesamiento de información”, Goolishian y Anderson promovieron la idea de que los seres humanos como generadores de significados. Se trata de una concepción que destaca que los significados sólo existen dentro del discurso, el lenguaje y la conversación, y que la gente solamente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas, construidas socialmente, que le dan sentido y organización a su experiencia. De ahí que ellos consideren al sistema terapéutico como un sistema lingüístico para generar significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante y un facilitador-participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber” (en Limón, 2005a).

Desde esta perspectiva, los problemas son propios al contexto narrativo del cual derivan su significado y, por tanto, sólo existen en el lenguaje, por lo que el poder central de la terapia descansa en la capacidad del sistema (terapéutico) para relatar o re-relacionar los hechos en un contexto nuevo y diferente. Así, a medida que el diálogo se desenvuelve, estos autores consideran que se crea una nueva narración: la narración de “las historias aún no contadas” (Anderson y Goolishian, 1992). En pocas palabras, se trata de un cambio en el relato y en la auto-narración como consecuencia inherente a una conversación con un diálogo y a una colaboración relacional con los “clientes” durante la terapia, sobre todo, porque consideran que la terapia no es otra cosa que una “actividad lingüística en la que la conversación acerca de un problema genera el desarrollo de nuevos significados”. Sin embargo, aunque fue crucial la figura de Goolishian para la conformación de esta valiosa propuesta terapéutica, es de justicia afirmar que su posterior desarrollo no hubiera sido posible sin la permanente presencia y

persistencia de la increíble apacibilidad de Harlene Anderson, una terapeuta que, aunque “parecía no hacer nada y no tener rumbo alguno”, o “una suerte de ignorancia deliberada”, sus resultados siempre mostraban efectos sorprendentes, pero, sobre todo, una gratificante experiencia “liberadora” (Hoffman, 1992).

3.4.2. Lynn Hoffman

Para Limón (2005a), el caso de Lynn Hoffman probablemente es uno de los más relevantes y ejemplificadores del giro conceptual que se produjo dentro del ámbito de la terapia familiar, sobre todo por la honestidad, claridad y transparencia con las que abordó su propia transición. Dice Lynn Hoffman:

Hace veinte años, cuando descubrí el campo de trabajo de la familia, me embarqué en un proyecto para hacer desaparecer al individuo. En realidad, sólo remplace la unidad “individuo” por la unidad “familia”. Lo que hacía falta era cuestionar la estructura misma, concebir al yo como una extensión de la historia en movimiento, como un río o una corriente.

Hace unos diez años yo me sentía cada vez más preocupada por las paradojas del poder que afectan a los métodos tradicionales de la terapia familiar. Todos esos métodos se basaban en el secreto, la jerarquía, y el control. No sé qué me gustaba menos: si empujar a los clientes directamente a hacer lo que yo quería que hiciera, o actuar solapadamente y lograr un subterfugio que hiciera lo que yo quería que hicieran (Hoffman, 1992).

Pionera en los escenarios tempranos de la terapia familiar, y probablemente una de sus historiadoras, Lynn Hoffman ha sido una de las pocas personas que han sabido exponer las características y diferencia de los presupuestos e implicaciones de estas dos formas de hacer psicoterapia. Primeramente encantada por la propuesta terapéutica de la Escuela de Milán, gradualmente se

fue compenetrando en la “epistemología constructivista”. Ya dentro de esta orientación, y usando la metáfora de los lentes, esta autora menciona que, para ayudarse a sí misma, ella utiliza tres poderosos lentes, el primero representado por “la teoría del construccionismo social”, el segundo por lo que ella denomina “una visión de segundo orden”, y el tercero por el género, pero en donde la teoría del construccionismo social podría considerarse como una especie del lente de los lentes (Limón, 2005a).

Esta autora es creativa e inteligente y siempre ha sustentado sus argumentos en importantes presupuestos epistemológicos (por llamarles de alguna manera), incorporando a sus reflexiones planteamientos de Derrida, Foucault, Gadamer, Saussure, Berger y Luckmann, Geertz, Gergen, Harré y Shotter, entre otros, aunque en sus adaptaciones a la psicoterapia, nos señala Limón (2005a), estos planteamientos adoptan un matiz de familiaridad y, sobre todo, de calidez.

Por lo mismo y estando ubicada en la misma línea de los autores identificados con el movimiento postmoderno y con la orientación construccionista, Hoffman afirma que el conocimiento cambia y se renueva en la conversación terapéutica, en donde la conversación, y no el terapeuta, “es el autor”, lo cual le permite “jugar” con diferentes formas asociativas durante el proceso, como son los relatos, las ideas, las imágenes o los sueños. Para Hoffman (1992), se trata de una conversación terapéutica que ella identifica como “reflexiva”, y de un enfoque que considera más participativo y menos orientado a los objetivos. Pero también se trata de un movimiento que está poniendo en jaque algunos de los presupuestos “sagrados” de la psicología moderna, y que concibe al self como una extensión de la historia en movimiento, como una identidad que está compuesta por flujos temporales que pueden ser simples o complejos, pero que se comprenden (Limón, 2005a).

3.4.3. Tom Andersen

Es otro importante terapeuta dentro de estas nuevas tendencias y también otro buen ejemplo de la transición paradigmática que se ha venido gestando en psicoterapia, además de ser el creador del "equipo reflexivo". A Andersen (1994) le parece justo pensar que hubo una interacción constante entre la estimulación de los escritos de otros, del trabajo clínico y de sus propios pensamientos e intentos prácticos (pensamientos y práctica que, como lo menciona, parecen haber sido influidos por la intuición). Al igual que muchos otros terapeutas familiares, entre 1984 y 1987 Andersen y un pequeño grupo del hospital mental de Tromsø buscaron trabajar con la idea del equipo terapéutico "a la manera de Milán", pero, de manera fortuita, en marzo de 1985 tuvieron un incidente con un caso que les permitió derivar la idea del "equipo reflexivo". Después, de varias intervenciones infructuosas "ofreciendo preguntas optimistas" al estilo Milán, y percatándose que había micrófonos (atrás del espejo) conectados con altoparlantes a la sala donde se entrevistaba a la familia, Andersen relata que les tomó menos de un minuto decidirse a golpear la puerta de la sala de entrevista y preguntarle a la familia si querían escucharlos unos minutos. Después de la aceptación de la familia procedieron a bajar la luz de la sala de entrevista, a subirla en la oficina, y a ponerse a hablar entre ellos. Dice Andersen (1994), que "al revertir la luz y el sonido, estábamos listos para escuchar cualquier cosa: desde gente furiosa a gente aburrida" (p. 35). Sin embargo, lo que vieron fueron cuatro personas silenciosas y pensativas que después de una corta pausa comenzaron a hablar entre sí con sonrisas y optimismo.

Después de ese interesante incidente, Andersen tuvo elementos para desarrollar una nueva forma de trabajar con un equipo, misma que le llevó a derivar importantes elementos conceptuales para sustentarla, pues para este autor primero tienen lugar los cambios prácticos y posteriormente los intentos por entenderlos.

3.4.4. Gianfranco Cecchin

Surgido de las filas de la primera Escuela de Milán, Cecchin parte de la idea de que el campo actual de la terapia familiar se sustenta en la idea de que las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos socialmente, y de que las interacciones nos brindan oportunidades y establecen los límites de nuestros mundos. Este importante autor habla del desplazamiento que la terapia familiar tuvo de los principios cibernéticos hacia los de construcción social, y menciona que este proceso se desarrolló gracias al constante cuestionamiento y a la curiosidad por conocer creencias, modelos y formas de práctica. Al ser un estratega y un clínico no instrumental, señala Cecchin, “el terapeuta puede evitarse la certeza de la verdad última” (Limón, 2005a).

Es importante mencionar que Cecchin fue una de las personas que formaron parte del primer grupo de la Escuela de Milán que, como él mismo lo señalara, trataban de hacer terapia de una manera diferente. Su elaboración del modelo sistémico (después de varios años de trabajar con el modelo psicoanalítico) se caracterizó por varios cambios conceptuales: pasaron de la energía a la información, de las entidades a las construcciones sociales, y de centrarse en la familia a centrarse en el terapeuta. Poco a poco, dejaron de ver los actos de los miembros de la familia como maniobras dentro de un juego de poder, y empezaron a ver que las personas estaban involucradas en una decisión de permanecer juntas, pero no para controlarse o controlar su relación, sino para explicarse las unas a las otras, lo cual significó un giro conceptual de importancia. Fue al parecer este cambio lo que propició que se revisara lo que hacía el terapeuta dentro del contexto terapéutico, para posteriormente caer en la cuenta de que el juego no dependía sólo de la familia, sino también del terapeuta. Además de ser un desafío fascinante para Cecchin, la terapia eventualmente adquirió el sentido de demoler lentamente la vieja historia para avanzar hacia una nueva, construida en colaboración, pero una historia que pudiera abrir nuevas posibilidades para los “clientes” (Limón, 2005a).

De aquí su paso de "la neutralidad" sistémica original a "la curiosidad" socioconstruccionista como postura terapéutica para, como él mismo lo señalara, tener la oportunidad de construir nuevas formas de acción y de interpretación, lo mismo que su postura del terapeuta como "irreverente". El desafío, según Cecchin, está en la negociación y la co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de actuar culturalmente aceptadas (Limón, 2005a).

3.4.5. Michael White, David Epston y Kevin Murray

Además de tener una interesante propuesta terapéutica, estos autores, según Limón (2005a) mantienen una clara ascendencia con el pensamiento de Michel Foucault. De ésta podemos destacar, esencialmente, dos interesantes modalidades, una relacionada con el uso que hacen de los medios narrativos para fines terapéuticos, y otra con el concepto de "externalización del problema". Considerando que los científicos sociales que siguen el método interpretativo afirman que la historia o narración brinda el marco dominante para la experiencia de vida, White, Epston y Murray piensan que se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para esta experiencia vivida, pues señalan, que es a través de las narraciones que se interpreta y cómo entramos en las historias de las personas. Es precisamente a través de las historias, según estos autores, como se puede obtener el sentido de cambio, pues consideran que es en los relatos en donde se construyen los comienzos y finales al flujo de la experiencia para, desde ahí, poder determinar el significado que le damos (White y Epston, 1980). En otras palabras, para entender nuestras vidas, según estos autores, la experiencia debe relatarse, pues este hecho es el que determina el significado que será atribuido a la experiencia. Esto implica que la interpretación de los eventos actuales esté tan determinada por el pasado, como moldeada por el futuro.

El interés de estos autores está centrado en la idea de la generación de relatos alternativos que compitan con el "patológico" para, con ello, lograr una co-construcción diferente del problema. Es así como la terapia se convierte en el proceso de contar, narrar y volver a contar, reconstruyendo el significado problemático y co-construyendo narraciones nuevas y liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito. Esta terapia de re-escritura, según los autores, les permite a las personas separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores, ayudándoles a cuestionar las prácticas y relaciones opresoras para alentarlas a re-escribir sus vidas de forma alternativa, y, con ello, tratar de favorecer mejores desenlaces (White y Epston, 1980).

Es importante, en este sentido, el énfasis que ellos ponen en la libertad que tiene el individuo para construir la historia de su propia vida, sus argumentos acerca de "el conocimiento como poder", así como sus trabajos sobre la "externalización del problema", elementos relevante, de clara influencia Foucault, e inteligentemente adaptados a la práctica de la psicoterapia. Se trata, en general, nos dice Limón (2005a) de una novedosa y muy valiosa modalidad terapéutica que rescata, a través de la "analogía del texto", algunos elementos importantes de la tradición hermenéutica.

3.4.6. Kenneth Gergen y John Kaye

Kenneth Gergen es quizá la persona que más ha contribuido a fomentar ese "giro postmoderno" en el ámbito de la psicoterapia, además de ser uno de los principales exponentes de la orientación construccionista en psicología social. Este autor ha desarrollado novedosos e interesantes análisis dentro de lo que él denomina el "construccionismo postmoderno" para el contexto terapéutico (Gergen, 1994), ha elaborado, junto con John Kaye, uno de los trabajos más relevantes dentro de este campo.

Contrarios a una de las primeras creencias entre algunos de los terapeutas que empezaron a abrazar esta nueva tendencia, Gergen y Kaye (1992) rechazan la idea de la reconstrucción o sustitución de las narrativas como guía metafórica para la psicoterapia, sobre todo, porque ésta seguía manteniendo vestigios de la visión del mundo modernista. Aunque no se oponen al énfasis que se le ha dado a la narración y al pensamiento narrativo, ellos se inclinan, más bien, a que la psicoterapia sirva para favorecer la generación de significados a través del diálogo. Se trata de un interesante "giro interpretativo" que tiene cruciales implicaciones para la exploración creativa en la multiplicidad de significados posibles que puedan emerger durante la terapia, incluida la idea de que no es necesario apoyar una historia estática o buscar una historia definitiva para el "paciente" (Limón, 2005a).

Considerada como un proceso para la construcción de significados dentro del contexto de un discurso cooperativo o de semiosis, ellos consideran que la psicoterapia adquiere los matices de un proceso durante el cual el significado de la experiencia se transforma y, al mismo tiempo, permite elaborar formas alternativas de interpretar la experiencia, incluida la "liberación" de la tiranía implícita en las creencias dominantes. Se trata según estos autores, de un "diálogo transformador" donde puedan ser "negociadas" nuevas comprensiones junto con un nuevo cuerpo de premisas, además de evocar una actitud expectante sobre las historias aun no contadas. De esta manera, y retomando las distinciones entre los tres niveles de aprendizaje señalados por Bateson, ellos consideran que se trata de una progresión que nos lleva a aprender nuevos significados, a elaborar nuevas categorías de significado, y a transformar las premisas propias acerca de la naturaleza de los significados. Para ello, entre otras cosas, dicen Gergen y Kaye (1992) las personas deberían ser invitadas a encontrar excepciones de la experiencia dominante y a verse como "prisioneros" de una historia culturalmente inculcada que ellos no crearon.

Para algunos aparecerán nuevas soluciones para los problemas, y para otros surgirá una serie más amplia de significados narrativos. Y no faltará quien desarrolle una postura hacia el significado mismo; una postura que anuncie esa tolerancia hacia la incertidumbre, esa liberación de la experiencia que surge de la aceptación de la ilimitada relatividad del significado. Para quienes la adoptan, esa postura ofrece la posibilidad de una participación creativa en el interminable significado de la vida (Gergen y Kaye, 1992).

De gran trascendencia para la reconceptualización de las funciones propias a la práctica de la psicoterapia, Gergen y Kaye (1992) consideran que esta actividad puede contribuir a la transformación de la experiencia a través de un diálogo que permita la exploración de múltiples perspectivas y, también, de la posibilidad de su coexistencia. Se trata de un mecanismo que requiere, entre otras cosas, la sensibilización de las personas sobre el contenido relacional en donde está situada su conducta, y la eventual aceptación de la relatividad de los significados en juego; una aceptación que requeriría que la reconstrucción alcanzada no se congele, sino, por el contrario, que se llegue a adquirir la conciencia de que se trata de un proceso continuo, que nunca termina.

Por lo mismo, lejos de pensar que se trata de una propuesta concluida, pues aún "tenemos muchas piezas y sabemos poco del juego" (Gergen, 1991), estos autores están conscientes de la naturaleza histórica de su propia propuesta, del punto de partida en el cual se encuentra esta nueva tendencia y, también, de la necesidad de seguir discutiendo y experimentando para, contrarios a la propuesta modernista, tener más elementos o motivaciones para no dejar de conversar.

"Apoyamos decididamente las exploraciones en las formas de la práctica constructorista. Somos entusiastas admiradores y partidarios de estos esfuerzos por hacer realidad el potencial del pensamiento postmoderno. Pero al mismo tiempo, sabemos que las amplias consecuencias de esa empresa no están claras en absoluto.

Estamos en un punto de partida: asistimos a una ruptura radical con los supuestos tradicionales acerca del conocimiento, las personas y la naturaleza de "lo real". Pero se requerirá más discusión y experimentación antes de que se puedan anunciar los resultados, y aun entonces sólo tendremos motivaciones adicionales para una conversación que idealmente no debería tener fin. En nuestra opinión, el desafío último no consiste tanto en transformar la realidad como en trascenderla" (Gergen y Kaye, 1992, p. 199).

3.5. EQUIPO REFLEXIVO

Las ideas del movimiento posmodernista o posestructural que se pusieron de manifiesto principalmente en las ciencias sociales, sustentaron importantes formas de trabajo que coadyuvaron al surgimiento de una nueva postura identificada como Terapia Narrativa, en la década de los años ochenta.

El enfoque de esta terapia es más participativo y menos orientador hacia los objetivos. El medio básico para esta terapia es ayudar al individuo a través de la conversación, enriquecer su propia narración disfuncional por otra más funcional. Las ideas de discurso y reflexión son fundamentales dentro de esta visión de narraciones como un proceso de co-construcción (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El uso del término "reflexión" invita a la acción de "reflexionar", cuyo significado es algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, 1994).

Una característica fundamental de este trabajo terapéutico es la co-participación del terapeuta con un equipo reflexivo. Como ya se mencionó anteriormente en el apartado 3.4.3., el equipo reflexivo representa una importante modalidad en el trabajo terapéutico, en donde todos los miembros del contexto terapéutico tiene la oportunidad de observar y ser observados, de expresarse

libremente y de ser escuchados, y donde el “saber” de los terapeutas no tiene una valoración superior al de los que los consultan.

El equipo integrado por tres o cuatro personas, a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional, aunque incluso puede estar dentro del salón de sesión sin la cámara de observación. Esta modalidad terapéutica es muy flexible, ya que se pueden hacer subgrupos dentro del mismo grupo, que les permite conversar sobre lo escuchado desde sus diferentes puntos de observación (Andersen, 1994).

Los miembros del equipo reflexivo ponen atención a las historias preferentes, a los eventos excepcionales y a las contradicciones en la historia del problema. Estos se pueden ver como puntos de entrada para la construcción de significados alternativos, aunque también, pueden o no poner atención a estos eventos. El equipo reflexivo puede mostrar curiosidad acerca de estos sucesos, cómo ocurrieron y qué hay en la vida de las personas que diera lugar a la posibilidad de su existencia. También, pueden cuestionar la existencia de los sucesos en la vida de las personas utilizando preguntas relacionadas a las historias escuchadas (Limón, 2005a).

Sobre esta técnica Andersen (1994) hace hincapié en que la conversación es la actividad primaria de construcción del cambio en la terapia; a través del conversar la persona o la familia y el equipo reflexivo, co-participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión.

Dentro de la terapia existen normas que facilitan al terapeuta y al equipo reflexivo un desempeño positivo; por ejemplo, el terapeuta no tiene predeterminadas las sesiones o un plan de secuencias de antemano, tanto el terapeuta como el grupo se embarcan en una exploración mutua, no se sigue un curso de acción orientado hacia un objetivo, no se tiene en la mente un determinado desenlace, el terapeuta no hace hincapié en su posición de experto y



la terapia se concentra en la conversación entre el terapeuta y el grupo, no en encontrar la verdad objetiva (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para el equipo reflexivo las normas que le sirven, es que las reflexiones del equipo se basarán en algo expresado durante la conversación, no así en algo tomado de otro contexto; es importante que los miembros del equipo trataran de no transmitir connotaciones "negativas"; por último, cuando el equipo reflexiona se miraran entre sí, es decir, no deberán mirar a lo que escuchan, para los oyentes sientan la libertad de no escuchar, si así lo desean.

En conclusión, el "equipo reflexivo" busca ofrecer a los consultantes la posibilidad de que se hagan nuevas preguntas y, también, de que establezcan nuevas distinciones dentro de su discurso y sistema de significados (Andersen, 1994).

Para Andersen (1994), la idea genérica con la que opera el "equipo reflexivo" tiene que ver con la creencia de que cada persona tiene su propia versión (por ejemplo, diferencias con la familia sobre los temas que se tratan o problemáticas), que éstas son siempre cambiantes y que todas las versiones son válidas. Dicho de otra manera, que no existe una descripción que sea necesariamente mejor a las demás, y que en el trabajo clínico debemos buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones que existan para, con ello, promover la búsqueda de todas estas explicaciones que no se hayan encontrado.

Para Sánchez y Gutiérrez (2000), la Terapia Narrativa con la participación de un equipo reflexivo resalta la idea de que la gente se vincula con la vida según sus percepciones, descripciones y comprensiones del mundo, es decir, no se relaciona con la vida misma sino con la comprensión de la propia vida. Concuerta esta visión con el pensamiento de la Cibernética de Segundo Orden y del Constructivismo, en su premisa de que "todo ser participa en gran medida en la creación de su propia comprensión de la vida". Pueden existir tantas versiones de

una misma situación como personas que la entiendan (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

3.6. TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

El precursor de la terapia breve centrada en soluciones es Steve de Shazer, quien en sus inicios fue seguidor del modelo de terapia breve del Mental Research Institute de Palo Alto (MRI) centrado en problemas, al cual modifica para crear un modelo también de terapia breve, con la modalidad de centrarse en las soluciones eficaces realizadas por los pacientes/clientes, a las cuales les llama "excepciones al problema". Desde 1978 desarrolla su trabajo en el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, dedicado a la investigación, atención clínica y entrenamiento de terapeutas. Entre sus principales colaboradores en el BFTC, se encuentran Insoo Berg, Eve Lipchik y Michel Weiner-Davis, quien posteriormente colaboraría con Bill O'Hanlon (de Shazer, 1991).

Para Steve de Shazer (1991), el centrarse en los problemas propicia mirar solamente lo negativo, lo que puede llevar al terapeuta a caer en constante regresos al problema, concibe las soluciones como "llaves", las cuales abren puertas, pero por decirlo de algún modo, hay "llaves maestras" que pueden abrir diversas puertas, es decir, una solución se puede ajustar a uno o más problemas, y no el problema debe ajustarse a la solución.

Bill O'Hanlon es el otro gran representante del modelo de terapia breve enfocado hacia las soluciones. Aunque nunca trabajó directamente con Shazer, su trabajo influye en él para desarrollar su modelo "enfocado hacia las soluciones", con el cual comparte prácticamente todas las premisas de su modelo, en palabras de O'Hanlon "las principales diferencias son el poco énfasis que se hace en las características socioculturales del paciente/cliente" (p. 23). En sus más recientes escritos, O'Hanlon ha denominado a su modelo como terapia de posibilidades y terapia inclusiva (O'Hanlon y Weiner, 1989).

3.6.1 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

La TCS es una modalidad de terapia breve, entendiendo en este caso como "breve" un tratamiento cuya duración oscila entre una y diez sesiones, siendo la duración promedio de la terapia de unas cinco entrevistas. Estas sesiones suelen durar una hora, y son más espaciadas a medida que se producen mejorías en la situación que plantean los pacientes/clientes. Así, se suele dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda; y aumentan posteriormente el intervalo a tres semanas o un mes. De esta forma, una terapia de seis sesiones ocupa por lo general entre dos y seis meses (Beyebach, 2001).

Según Beyebach (2001), la terapia centrada en soluciones se trabaja en equipo y no exige necesariamente este formato (y de hecho suele practicarse con un solo terapeuta). Este autor menciona que el equipo terapéutico observa, desde detrás de un cristal unidireccional, la conversación que mantienen terapeuta y pacientes/clientes, y además de observar, el equipo interviene activamente en la conducción de la sesión y en el seguimiento de la terapia: llama por un teléfono interior al terapeuta o a los pacientes/clientes, intercambia opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseña la intervención final, prepara y planifica sesiones ulteriores si esto llega a ser necesario.

La terapia se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en las que no se da el problema o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema, la terapeuta se interesa por lo problemático o lo que no funciona, sino que se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona y satisface a los pacientes/clientes.

Mientras que en una terapia tradicional se trata, metafóricamente, de reducir el "espacio" que ocupa el problema, con lo que se crean nuevas alternativas y

opciones, la terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que se reduce el tamaño del problema.

Según Lipchik (2002), esta terapia se trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir (Pregunta Milagro, que describiremos más abajo), trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, el terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios.

Descrita de este modo, la terapia puede parecer tremendamente sencilla. Sin embargo, esta sencillez es sólo aparente. En palabras de Eve Lipchik, a menudo es difícil conseguir que las cosas sean tan fáciles, es complicado “hacerlo sencillo” (en de Shazer, 1992); este autor también menciona que, al fin y al cabo, nuestra formación como profesionales entrenados para detectar patologías, así como las propias expectativas culturales acerca de la terapia (“hay que ventilar los sentimientos negativos”, “saber el por qué de los problemas para poder resolverlos”) son una constante invitación a sucumbir a la fascinación del problema. Puede no resultar tan sencillo encauzar una conversación sobre las mejorías y los avances, o encontrar los lados fuertes de una familia en una situación aparentemente desastrosa. Por eso, es útil describir ciertas prácticas terapéuticas que faciliten este proceso, herramientas que permitan al terapeuta ser un “experto conversador”.

3.6.2. PRACTICAS DE CONVERSACION EN TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Para Beyebach (2001), es muy importante hablar de cierta forma sobre un determinado tipo de contenido (p.ej. lo que funciona, lo que los pacientes/clientes quieren conseguir). Estos contenidos o temas suponen habitualmente que el terapeuta utiliza una determinada modalidad de preguntas, y que oriente la interacción de forma que se pueda generar un lenguaje centrado en soluciones.

Los siguientes cuatro puntos, según Beyebach (2001), nos sirven como estrategias de conversación para la terapia centrada en soluciones:

1. La proyección al futuro:

Las técnicas de proyección al futuro se emplean para construir con los pacientes/clientes lo que denominan "objetivos útiles" o "objetivos bien formados", es decir, objetivos relevantes para los pacientes/clientes, pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. Así, "no estar siempre deprimido", "no descontrolarme con la comida" o "tener más armonía en la familia" no serían considerados "objetivos útiles". En cambio, "estar más activo en mi trabajo y salir con los amigos por las tardes", "volver a hacer tres comidas diarias" o "ver juntos la televisión" sí constituyen objetivos bien formados. Como tales, servirán para guiar el proceso de la terapia, y ayudarán al paciente/cliente a identificar las cosas que ya van bien o sus avances.

Los procedimientos de proyección al futuro no pretenden solamente recoger una serie de objetivos más o menos bien definidos. Se trata también de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación y de situarles en un futuro diferente, crear un futuro para una familia, propiciar que nuestros clientes cambien su forma de comportarse, pensar o de sentir. La pregunta del Milagro tiene en sí mismos un profundo impacto terapéutico, puede ocupar toda una entrevista, caber adaptaciones a situaciones concretas. Trabajando con niños empleamos a

menudo otras imágenes más ajustadas a su edad: “Supón que esta noche viene un duende verde y hace magia, y las cosas que os traen aquí se solucionan...” “¿Has visto Regreso al Futuro? ¿Te acuerdas de la máquina del tiempo? ¿Sí? Pues imagínate que entras en la máquina del tiempo y...”. En otras ocasiones preferimos hablar de que se produce un “salto en el tiempo”, es poco frecuente que los clientes respondan a la Pregunta del Milagro de una forma que se ajuste a las características de los objetivos bien formados, en negativo de forma vaga o intrapersonal.

Aquí es donde e inicia lo que denominan “trabajo sobre la Pregunta del Milagro”, es decir, la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los pacientes/clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia. Se trata de ayudar a que formulen sus objetivos en un lenguaje que facilite su consecución. Es ésta una labor a menudo dificultosa para los pacientes/clientes, y que exige persistencia por parte del terapeuta. El resultado debe ser una verdadera “película” de cómo serán las cosas una vez que el problema esté resuelto (que harán, pensarán o sentirán diferente), una que no se limite al área-problema.

2. Trabajo sobre excepciones:

Steve de Shazer define como “excepciones” aquellas ocasiones en la que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema (Beyebach, 2001).

En un sentido más amplio, se dice que las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991). Decir que se da una excepción cuando se alcanza un objetivo. Incluir bajo el rótulo de excepciones tanto aquellas que ya se producían antes de iniciar la terapia, como las que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista concertada tiene lugar, como las que aparecen una vez iniciado este.

Según Frank (1985), la terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema (en Beyebach, 2001). Ahora bien, sí existen algunas diferencias importantes entre cómo se manejan las excepciones en esta terapia y cómo se abordan en otras orientaciones psicoterapéuticas:

- a) Mientras que la mayoría de las escuelas de psicoterapia asumen que las excepciones se generarán a partir de la intervención terapéutica, en TCS se consideran estas excepciones están ocurriendo desde antes de iniciarse el tratamiento.
- b) En TCS se discute en mayor medida como ampliar las excepciones una vez que se han “descubierto” o “generado”, se dedica una mayor atención al proceso de mantener y generalizar estos cambios.
- c) La excepción no es algo dado, sino algo que se va construyendo mediante la conversación con los clientes.

La conversación sobre excepciones tiene lugar en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los pacientes/clientes estén haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos.

3. Hablando de números: las preguntas de escala:

De Shazer y su equipo, propusieron en 1986 utilizar las “escalas de avance” como una forma de poder trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos. Privado de otros puntos de referencia, el terapeuta podía, gracias al uso de escalas, tener una idea clara de si el tratamiento estaba o no avanzado en la dirección correcta, a veces sin llegar a saber (de Shazer, 1992).

Todo este trabajo no está dirigido a "evaluar", a obtener información para el terapeuta, sino a generar información de utilidad para el paciente/cliente, ya que permite establecer metas y sub-metas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos. Por tanto, las escalas proporcionan una forma más de trabajar sobre objetivos y sobre excepciones, de un modo lo bastante peculiar (Beyebach, 2001).

Para Beyebach (2001), al conversar sobre las escalas, la terapeuta puede sacar el máximo partido a las perspectivas múltiples: si hay varios clientes en la sesión, puede cruzar las preguntas y emplear, trabajando con cifras, los mismos recursos que al preguntar sobre otros contenidos. Si el formato es individual, será interesante preguntar al paciente/cliente cuáles cree que serían las respuestas de las personas significativas.

4. Mensaje Final:

Shazer (1992) consideraba fundamental el mensaje final que la terapeuta transmite a sus clientes antes de dar por terminada la sesión; es decir, éste supone una manera de consolidar los significados y puntos de vista generados durante la sesión, así como una forma de propiciar que los cambios descritos durante la entrevista se generalicen al siguiente periodo inter-sesiones. Es básicamente, una forma de "cerrar" la entrevista, que (por producirse tras una breve pausa, en la que consultan terapeuta y equipo) ofrece al terapeuta la oportunidad de ultimar algún aspecto, de subrayar un tema o simplemente de subsanar algún olvido producido durante la charla con los pacientes/clientes.

En cuanto al contenido del mensaje final, consta típicamente de un elogio o elogios, seguido de una o varias tareas. Ambos pueden dirigirse a todos los clientes en conjunto, como un grupo, o cada uno de los presentes en particular.

- a) **Los elogios** recogen aquello que la familia está haciendo bien, realiza sus cualidades o sus recursos.

- b) **La tarea o tareas**, proponen alguna cosa a hacer o pensar hasta la próxima sesión.

Una vez pensados los elogios y diseñada la tarea o tareas, el terapeuta vuelve a reunirse con la familia para transmitir el mensaje final, procurando que sea breve y sin dar pie a un nuevo diálogo. Al igual que sucede con el resto de la entrevista, la terapeuta dedica una atención especial a utilizar el lenguaje de la familia: sus expresiones, sus giros, etc. Si se va a concertar una nueva entrevista, se hace en ese momento, antes de despedirse (Beyebach, 2001).

**DESCRIPCION DE UN CASO "IN
EXTENSO".**

Una de las finalidades que persigue este apartado es sugerir nuevas formas de hacer terapia, tomando como base la terapia sistémica, narrativa y centrada en soluciones. Estas modalidades terapéuticas han tenido gran eficacia en sus intervenciones, porque ofrecen una forma de resolver los problemas de manera mucho más práctica y expedita; además de los beneficios directos y a más corto plazo que estas terapias brindan a las personas que buscan asistencia profesional especializada. Este tipo de terapias han ayudado a desahogar las largas listas de espera de los usuarios en los servicios institucionales de salud. Esto es, no sólo se trata de una nueva manera de ejercer la práctica profesional de la psicoterapia, sino que también se trata de modalidades que, por su eficacia para resolver problemas, al mismo tiempo inciden favorablemente en la estructura económica de las instituciones de salud y, de manera por demás conveniente, en la economía y estado de bienestar de las personas y familias que solicitan el servicio.

Este servicio terapéutico se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos, "Dr. Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México. El programa se realizó en un año; en el primer semestre estudiamos las bases teóricas de las modalidades terapéuticas a trabajar, para conocer su historia, estrategias de intervención, así adquirir bases para la intervención terapéutica de acuerdo a la terapia familiar sistémica, la terapia narrativa y centrada en soluciones. Durante el segundo semestre se trabajó con la intervención de un caso bajo supervisión directa del Dr. Gilberto Limón, las habilidades adquiridas consistían en poder conducir, analizar y explicar estos casos, redactar sus expedientes e informes con los resultados obtenidos durante la intervención.

Desde el principio el programa se acordó realizar un análisis de corte cualitativo; así que antes de empezar con la descripción del caso empezaremos por hablar, a grandes rasgos, de lo que es el análisis cualitativo.

A *grosso modo*, los métodos cualitativos, dan mayor importancia a la "cualidad" de los eventos observados, sobre su "cantidad". Los medios cualitativos proveen de medios para acceder a hechos incuantificables de las personas observadas, como pueden ser las emociones, la expresión de sus intenciones y sentimientos; descubrir la naturaleza de las experiencias personales con algún evento, como una enfermedad, una adicción, etc. Los medios en que se sustentan las narrativas pueden ser cartas, diarios, observación directa, entrevistas, que permiten a los investigadores participar en el entendimiento y percepción de los otros y explorar cómo la gente estructura y le da significado a sus vidas y a las acciones de los demás (Ito y Vargas, 2005).

Esta metodología está apoyada en diferentes enfoques teóricos que no esperan encontrar una realidad previamente concebida. La investigación cualitativa trata de descubrir, no "la realidad", sino las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados.

Los métodos cualitativos pueden ser útiles para descubrir y entender lo que hay detrás de un fenómeno del cual se sabe muy poco. Algunos de estos métodos que nos pueden ayudar a conocer e interpretar los eventos observados en una investigación, según Ávila (2005), son:

Método Hermenéutico: Se basa de manera prioritaria en la observación que resulta inseparable de la interpretación. La hermenéutica tiene la misión de descubrir los significados evidentes y ocultos de las narrativas e interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos y los gestos, así como cualquier acto u obra humana, pero conservando su singularidad en el contexto del que forma parte. Es un método de sistematización de procedimientos formales en donde tiene lugar el fenómeno de la "circularidad hermenéutica", que consiste en un movimiento en ciclos que va del todo a las partes y de las partes al todo, de modo que en cada círculo eleva el nivel de comprensión; las partes adquieren significado

en el todo, y el todo recibe sentido de cada una de las partes, en un proceso que es dialéctico.

El procedimiento metodológico general consiste en ver u oír repetidas veces las grabaciones, diálogos e imágenes transcritos, hacer las anotaciones correspondientes, ubicando su contenido, de manera alternativa, sobre el posible "fondo emergente" que le ofrece cada una de las dimensiones posibles.

Método Fenomenológico: Este método permite estudiar, no "la realidad externa" que es igual para todos, sino "la realidad individual", cuya esencia depende del modo en que es vivida por el sujeto, una realidad totalmente personal que le corresponde exclusivamente y de manera unitaria a la persona. La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por los seres humanos. Se descarta en este método cualquier tipo de experimento porque se considera que en él se crean realidades nuevas y artificiales que alteran precisamente lo que se quiere conocer.

Método Naturalista: Este método nace en la Etnografía, que es la rama de la Antropología que estudia de forma descriptiva las culturas, siendo su principal característica el encaminarse hacia la comprensión de los fenómenos. El método naturalista trata de abordar los fenómenos haciendo a un lado las categorías teóricas, preestablecidas, para permitir que las características del evento y las interpretaciones que de él se desprendan generen categorías que emanen de forma natural.

El investigador se centra en la descripción y la comprensión, profundizando en la investigación con la mente abierta para permitir que emerjan las impresiones y sus relaciones. Cuando éstas se van formando, el investigador las analiza y las compara con otras perspectivas teóricas, hasta que su interpretación le parezca coherente y válida. La actitud del investigador es de tipo exploratorio, es decir, está abierto a todo lo que puede presentarse. Este modelo parte de la idea de que

"la realidad" no es única, invariable, ni estática, sino compleja, variable y en continuo cambio. El investigador sabe también que los sujetos investigados son también personas con valores e intereses que pueden influir sobre la observación, el curso del estudio y los resultados obtenidos. Este enfoque le da gran importancia al contexto, porque permite darle sentido a los hechos observados.

Método Etnográfico: El método etnográfico considera que la experiencia humana está influida de manera preponderante por el medio en que ocurre; que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente se van internalizando poco a poco, generando regularidades que mueven el comportamiento hacia ciertos cauces, e incluso llegar a determinar las experiencias futuras.

Este tipo de investigaciones, es la idea de que los humanos construyen estructuras de significados que guían su comportamiento; de modo que el investigador se enfoca a determinar en qué consisten esas estructuras, cómo se mantienen, y cómo se desarrollan en la interacción socio cultural.

Relatos de Vida (estrategias cualitativas de abordaje): El sujeto de estudio representa, por así decirlo, al grupo social al que ha pertenecido y a la cultura, mitos, valores, cosmovisiones, hábitos, costumbres, etc., en los que ha transcurrido su existencia. Por tanto, al conocer al sujeto, se conoce a todo el grupo social y a la cultura a la que pertenece tal como se dan en concierto.

El estudio de un solo sujeto puede ser suficiente para describir una cultura, porque el individuo lleva en sí toda la realidad social del grupo o de los grupos en los que ha participado, llámese familia, comunidad, grupo laboral, etc. Por tanto, este enfoque epistemológico permite acercarse a la realidad social en la subjetividad concreta de una historia personal o en un fragmento de ella: relato de vida.

Si el investigador lo juzga necesario, se puede construir previamente una entrevista semiestructurada para no perderse, pero es preferible tener en cuenta que la narración va dando la línea de por dónde se deber transcurrir, pues la narración se produce y desarrolla espontáneamente en la interlocución, sin necesidad de seguir cartabones rígidos, cerrados o inamovibles que “obligan” a encontrar lo que se ha predeterminado como deseable, en detrimento del contacto con la realidad subjetiva de los informantes.

Una vez terminadas las entrevistas se busca encontrar una estructura que marque distintos momentos. Estos, por lo general, están marcados por crisis, lo que implica un cambio o una ruptura con un estilo particular de vida. El investigador debe marcar las etapas donde se ha cambiado de manera significativa el rumbo de la vida.

Para el caso *in extenso*, el análisis está sustentado en el método hermenéutico y los “relatos de vida” anteriormente descritos. La selección de estos abordajes cualitativos se debe a que tienen componentes que sustentan y justifican el análisis del caso que se recibió en el Centro de Servicios Psicológicos; ya que el *método hermenéutico* tiene elementos que justifican este caso, como es la observación y la interpretación de los gestos, las palabras y la conducta del paciente al momento de analizar las anotaciones y los diálogos correspondientes de las sesiones. Mientras que *los relatos de vida* parte de la premisa de que el individuo lleva en si toda su realidad vivida, también trata de conocer la historia del sujeto y que este le narre con tranquilidad los hechos vividos que para él han sido relevantes en el transcurso del problema que lo llevó a esta terapia. Este método permite marcar las etapas donde se ha cambiado de manera significativa el rumbo de vida.

El caso que atendimos en nuestro Programa de Intervención fue el de “Beatriz”, mujer de 45 años que la refieren a terapia familiar por los antecedentes que presenta en la preconsulta. Ella menciona tener depresión, ya que siempre está

triste, se la pasa llorando, sin ganas de realizar ninguna actividad de su vida cotidiana. Una vez recibido el expediente de "Beatriz", hablamos con ella por teléfono para concertar una cita e iniciar con el proceso terapéutico, ella accedió y se estableció el día y la hora de la terapia.

Fue necesario realizar las sesiones terapéuticas en una Cámara de Gesell. De un lado se encontraba el equipo terapéutico, que llevó a cabo la preparación teórica y de intervención para las dos modalidades terapéuticas. Las sesiones tenían lugar del otro lado del espejo, para que los demás integrantes del programa observaran las intervenciones; después de hacerlo, entraba un grupo de integrantes del equipo para fungir como "equipo reflexivo", interviniendo en el proceso terapéutico. Los casos que atendimos eran referidos a nuestro programa después de una selección y análisis realizado por el Centro de Servicios Psicológicos.

La consultante asistió a la cita el día acordado. A continuación se reportan las sesiones y cómo se trabajó en ellas, de acuerdo a las estrategias terapéuticas sistémicas, narrativas y centradas en soluciones.

NOMBRE: Beatriz

EDAD: 45 años

OCUPACION: Secretaria

TRATAMIENTOS PREVIOS: No había estado en terapia antes

CON QUIEN VIVE: Con su esposo e hijos.

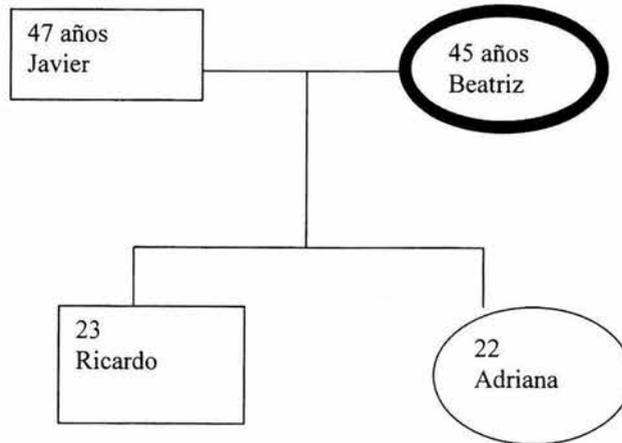
ESTADO CIVIL: Casada

MOTIVO DE CONSULTA: La consultante mencionó que desde hace aproximadamente un año manifiesta tener desinterés al realizar ciertas actividades, pues ya no disfruta el ir con amigas; ya que anteriormente acostumbraba salir a platicar y tomar café con las compañeras del trabajo al salir de su jornada laboral; sin embargo, en la actualidad al salir del trabajo se va a su casa inmediatamente.

En casa se la pasaba llorando y ya no le gustaba salir de ésta. Mencionó sentirse triste siempre y con ganas de llorar de todo lo que le pasa. No se llevaba bien con su marido, pues el toma mucho y no tenía comunicación, ni con ella ni con sus hijos, lo cual la deprimía más. Sus hijos al ver esto le recomendaron que asistiera con un psicólogo, para que éste la ayudara a sentirse así mejor y no se la pasara llorando.

FECHA DE INGRESO A TERAPIA: 3 de Mayo de 2007.

FAMILIOGRAMA:



SESION 1.

Nuestra cita fue a las 12 horas los miércoles de cada semana. La primera empezó el 3 de mayo. Después de 30 minutos consideramos que no había asistido, pero al salir de nuevo a buscarla, ella se encontraba en la recepción; al decir su nombre, se mostró enojada y defensiva. Lo primero que dijo al vernos, fue que la habíamos hecho esperar mucho y que a ella le molestaba que jugaran con su tiempo. Llegamos al cubículo donde se daba la terapia, se sentó y seguía reclamando, el terapeuta y co-terapeuta (Alejandra y Gilberto, respectivamente) tomamos una actitud serena mostrando que la entendíamos y tenía razón, pero aclarando que había sido un error en la recepción, disculpándonos de lo sucedido, pues se sentía muy ofendida. *Desde este momento se empezó a intervenir, ya que se trabajó para sacar a la paciente de su discurso repetitivo e iniciar la terapia.*

En seguida, nos presentamos y, explicamos la manera de trabajar del equipo terapéutico, aclarándole que seríamos dos, los terapeutas y que detrás del espejo se encontraba el resto del equipo, el cual al final de la sesión nos mandaría un mensaje que ayudaría al proceso. Aclaramos sobre la confidencialidad con la que se trabaja en el Centro de Servicios Psicológicos. *Esta presentación del equipo terapéutico y el encuadre se utiliza en los modelos de la terapia sistémica.*

Desde el principio manejamos las estrategias regulares en las terapias, preguntamos por el motivo de consulta con el fin de contextualizar y conocer el problema por el que la paciente acudió a terapia; a lo que Beatriz aclaró que en primer lugar la habían mandado sus hijos pues ellos la habían visto muy mal, y que además, el hecho de vivir con un alcohólico, no era fácil —enfaticando este aspecto—. Le preguntamos si sentía que sus hijos percibían eso, a lo que contestó que no se lo habían dicho, pero que ella lo sentía, pues ellos no querían que sólo se centrara en la vida de ellos, sus hijos, que deseaban que tuviera otras actividades.

Como no entendíamos cuál era su demanda, le pedimos que nos aclarara un poco más acerca de lo que buscaba en terapia *(esta también es una estrategia de la terapia narrativa y centrada en soluciones, pues en el momento que se pregunta*

la demanda de consulta de nuevo la paciente/cliente aclaró más su discurso y reflexionó en él. Este cuestionamiento refleja que la experta en su vida es el paciente/cliente). Ella mencionó que no sabía lo que quería, pero señaló que ya no tenía ganas de hacer las cosas como antes.

Como vimos que no era muy explícita para comunicarnos lo que quería, iniciamos la sesión haciendo preguntas de cómo se sentía, de lo que hacía durante el día y en los fines de semana, cómo se lleva con sus hijos, etc. *(al explorar sus actividades, nos dejó más claras sus demandas y ella aclaró su situación y demanda). Comentó que trabajaba por las mañanas y en las tardes estaba en su casa dedicada al hogar, en ocasiones salía al cine con sus hijos, platicaba con ellos, pero enfatizaba mucho en el hecho de que si no estaban sus hijos, no sabía qué hacer, porque se sentía sola. Siempre se dormía hasta que sus hijos llegaban o hasta que se durmieran. Nunca nos habló de su marido, sólo dijo que con él, no se podía contar (la paciente lloró en el momento en que le preguntamos, la terapeuta y el co-terapeuta le proporcionamos unos pañuelos; después de unos minutos su llanto disminuyó y empezó a hablar).*

Tratamos de sacarla de ese del tema de sus hijos y preguntamos acerca de sus amigos del trabajo, si salía con ellos, aclarándonos que sólo lo hacía los viernes, cuando sus hijos por lo general también salen y no participan en las actividades de ella. Tratamos de averiguar qué opinaban sus hijos acerca de que salía, contestó que a ellos les parecía bien. Comentó que no repetía esas salidas, ya que le aburría estar con sus amigas y si empezaban a hablar de sus problemas se alejaba, porque eso le aburre *(con esta intervención, buscamos conversar sobre otras situaciones que no le provocan sufrimiento y exploramos otras áreas de su vida para tratar temas mas positivos para que no siguiera centrada en el problema. Esta es una estrategia de la terapia centrada en soluciones, que busca sacar de su discurso problemático a la paciente/cliente).*

Le comentamos que era conveniente que buscara alguna actividad que le gustara hacer, mencionó que le gustaba el corte y confección, así que sugerimos que buscara hacer eso y preguntamos qué pasaría si lo hacía, que dirían sus hijos si ella tomara un curso *(con esto pretendimos que Beatriz analizara su situación y*

se diera cuenta de que no pasa nada si intenta hacer otras actividades; con esto pretendemos que busque actividades diferente y, se de cuenta de sus relatos de vida alternativos. Se mostraba muy resistente a reflexionar acerca de que pasaría si hacía lo indicado, pero decía que no, porque "mis hijos "tienen que comer sanamente"; comentó que para ella era muy importante hacerles de comer a sus hijos para que no consumieran "comida chatarra". Para trabajar con el sistema de significados de Beatriz le preguntamos que era para ella la "comida chatarra", a lo que respondió que era todo lo que comieran en la calle. Por lo que nuestra intervención se basó en modificar su sistema de significados, mencionamos que existen restaurantes donde se come sanamente y ella lo aceptó. (Esta estrategia se retoma de la terapia narrativa, pues tratamos de modificar el sistema de significados de la paciente, connotando que el comer en restaurantes es comer en la calle y no significa que sea "comida chatarra").

Por las dificultades que mostraba para definir con mayor claridad los propósitos de la terapia, decidimos hacerle la pregunta del milagro (*estrategia de la terapia centrada en soluciones, ya que intenta que la paciente de una señal de lo que quiere en un futuro*) ¿"Si mañana al despertar, recuerda que durante la noche sucedió un milagro, cómo se daría cuenta de cual fue ese milagro? Comentó que sería milagro que su marido desapareciera, se acabarían sus problemas; aclaró que era muy incómodo vivir con él, y que no sabía ni por qué estaba con él, porque la molesta mucho, le grita, siempre está peleando. (En el momento que empezó a hablar de su marido, tratamos de hacerla pensar en alguna solución para evitar las peleas entre su marido y ella; pensó en que la alternativa era que ella se fuera a otro cuarto o platicara acerca de lo que a su marido le gusta, tratar de estar lejos de él cuando está enojado, etc. Preguntamos acerca de los momentos en los que estaba bien con su marido y en los que platicaba y convivía con ellos. Sólo mencionó que los domingos, pero aclaró que al hablar de algo que a él no le interesara, él se molesta y no quiere platicar. Le dijimos que pensara en cómo puede prolongar estos momentos en los que disfrutaban la plática (Esta última intervención hace referencia tanto a la terapia sistémica como a la terapia narrativa y centrada en soluciones, pues al indagar sobre la relación con su

esoso nos damos cuenta del holón conyugal del cual habla Minuchin, con el que podemos observar que la relación es muy destructiva para la paciente. Recurrimos a la terapia narrativa y a la centrada en soluciones cuando pedimos que piense en las "excepciones" de discusión y como alargar éstas).

En seguida invitamos al equipo reflexivo a pasar con nosotros para que dieran su punto de vista, aclarándole a Beatriz que podía escuchar o no escuchar lo que decían. El equipo terapéutico, entre otras cosas, enfatizó en que Beatriz pensara más acerca de las nuevas actividades que podría realizar para que se sintiera más a gusto, y que pensara en ella, en alargar o en pasar momentos agradables en otros lugares, y contagiar "la buena vibra" que tiene en los momentos agradables, a otros momentos. *(El equipo terapéutico retoma la postura de la terapeuta y co-terapeuta, en buscar excepciones y a pensar en la manera de alargar los momentos en los que no pelea con su marido).*

Al salir el equipo terapéutico tratamos de llevarla a pensar acerca de posibles soluciones a sus problemas. Dijo que ha buscado otras soluciones, pero él no quiere. Así que le dejamos que pensara en disfrutar su soledad y en cómo "prolongar" los momentos agradables. Cuando pensó en su soledad mencionó que podría hacer cosas que no hace cuando están todos sus familiares. Le pedimos buscar algún tema de interés para que todos estén alegres y prolongar los momentos agradables. Ella se mostró renuente, dijo que ya habían tratado pero, él se molestaba si hablaban de otra cosa que no le agradara. Aún así, le pedimos pensarlo y también en algún tema de interés para todos los en la casa. *(La finalidad de la tarea es que la paciente siga reflexionando en soluciones y estrategias de ampliar sus momentos agradables con su familia. Además damos seguimiento a la intervención que realizó el equipo terapéutico para que elabore un análisis más amplio de esta intervención).*

En seguida, se estableció la hora de la próxima cita y el día.

SESION 2.

Al empezar la segunda sesión, le preguntamos a Beatriz cómo le había ido en la semana, el día de la madre, comentó que había pasado descansando, y que sus hijos la llevaron a comer (*Con esta pregunta, abro la conversación terapéutica. Busco obtener una aproximación de la perspectiva de la consultante con respecto al problema, así como también traer a la conversación aquellos cambios que se presentan en la narrativa de la consultante y, por tanto, en los significados*). Le preguntamos si había pensado en las opciones de buscar algunas actividades de su interés, y en como prolongar los momentos agradables. Comentó que sí, que había ido a ver dónde daban los cursos y cuánto costaban, (le enfatizamos en que si era después de su trabajo y dos veces la semana estaría muy bien, porque le daría tiempo de realizar sus actividades domesticas y de estar con sus hijos). Le pareció una buena sugerencia, dijo que cuando no le daba tiempo de hacer de comer, pidió a sus hijos que la apoyaran y que ellos estuvieron de acuerdo (*la reacción de Beatriz nos sorprendió, pues en una semana sus márgenes de libertad y sus iniciativas se habían ampliado*). Mencionó que cuando la sesión pasada le preguntamos qué la traía a terapia, que era por que sus hijos y por ella misma, decían que tenía "depresión" y que tenía que buscar ayuda. Le preguntamos en qué se basaba para decir que tenía "depresión", y, dijo que era porque se la pasaba llorando por todo. (*Cuando habló sobre esto nos dio gusto, pues pudo aterrizar sus ideas y delimitar su problema. A continuación tratamos de despatologizar su situación, de manera que al preguntarle por qué decía que tenía depresión lo que siguió fue modificar su sistema de significados, para ayudarla a pensar diferente, pues recordemos que este tipo de terapias postmodernas no etiquetan a los pacientes/clientes*).

En cuanto a su marido nos dijo que con él no había logrado nada, porque siempre estaba tomado, aunque trataba de estar bien, pero empezaba molestarla y a gritarle. Ella optó por alejarse de él, a otro cuarto para evitarlo (*buscó soluciones para evitar discusiones con su marido*).

En esta sesión se trabajó con lo que ella mencionaba acerca de su marido, que buscaba mejorar la situación y tratar de darle una solución, señalándole que todos los matrimonios tienen problemas, pero que había que buscarle una alternativa a esto que vivía. No se trataba de cambiar la forma de ser de su marido, sino tratar de llevarse mejor con él *(Aquí se trabaja con una connotación positiva, mencionándole que todos los matrimonios tienen problemas, para poder delimitar adecuadamente a lo que ella llama "siempre me molesta". La connotación positiva es una estrategia sistémica de Milán con el propósito de acceder al sistema mediante la conformación de su línea homeostática).*

Nos comentó que ya se habían separado una vez, pero que ella regresó para que la apoyara económicamente, porque se le hacían muy pesados todos los gastos. Al darnos cuenta de que la señora seguía concentrada en el problema, tratamos de averiguar cómo podía ayudar a su marido, pero ella insistía en que él decía que él no estaba mal, y él no quería ayudarse. *(Por lo que intentamos, trabajar con lo que ya había hecho y lo que le había funcionado, lo cual era no tomarlo en cuenta cuando se ponía agresivo y evitar así escalada; es decir, ampliar las excepciones que había mencionando al inicio de esta sesión).*

Este día, nos confundió un poco porque sacó todo lo del marido, pero que en cuanto a sus actividades todas estaban bien. No obstante, al hablar de sus actividades empezó a tomar un lado negativo, pues dijo que su marido empezaría a molestarla si no hacía la comida o no estaba en la casa. Tratamos de darle un sentido de que estaba en todo su derecho realizar actividades para ella, que se cuidara así misma, que se consintiera un poco más, pues había dejado a un lado el disfrutarse y sólo se preocupaba por sus hijos y su marido *(márgenes de libertad e historias de vida alternativas de la terapia narrativa).*

Cuando pasó el equipo terapéutico, éste enfatizó la importancia de buscar alternativas para tener una mejor relación con su marido, además de que lo que ella había hecho, esto es, no hacerle caso cuando se enoje, podría ayudar para tener una mejor convivencia.

Al salir el equipo terapéutico Beatriz retomó los comentarios que hizo el equipo, y dijo que lo comentaría de nuevo con sus hijos, para que la apoyaran en sus

actividades y, para que le dieran opciones de cómo convivir mejor todos con su padre (*el discurso de Beatriz busca soluciones y ampliar éstas con sus hijos*).

Cabe destacar que en esta sesión se le comentó que sería bueno que sus hijos asistieran también a la terapia para saber qué opinaban ellos sobre las actividades que quería tomar la paciente (*estrategia del modelo sistémico en el que se puede invitar al sistema para saber los límites, jerarquías, reglas y funcionalidad de los holones, además que se deja esta tarea para que busque soluciones a su situación*).

Despedimos a Beatriz y acordamos la hora y fecha de la próxima cita.

SESION 3.

Desde el inicio de la sesión la señora Beatriz se mostró con una actitud muy diferente a los demás días, pues se veía un poco más aliviada y más contenta, es decir, su discurso y sistema de significados se estaban modificando (*El lenguaje analógico favorece el cambio positivo de Beatriz*).

Empezamos preguntando sobre la tarea que se había dejado una semana atrás, la cual era que pensara cómo sus hijos y ella podían hacer para que convivieran un poco más entre ellos, y que sus domingos, que la pasaban bien, fueran más largos o se trasladaran a otras situaciones (*Comenzamos con una pregunta para abrir la conversación y obtener información acerca de la perspectiva de la consultante con respecto al problema. Así mismo, buscamos traer a la conversación aquellos cambios que se presentan en la narrativa de la consultante y, por tanto, ampliar las situaciones agradables*).

Cuando se le preguntó esto a la paciente, insistió en que no había una solución, porque decía que el señor siempre los molestaba tanto a ella como a sus hijos, de hecho, con la que más tenía problemas el papá era con su hija, y que a ella la molestaba mucho. Le preguntamos qué era lo que hacía su hija para que esto no le afectara o la molestara, y ella dijo que su hija lo ignoraba, o cuando la empezaba a molestar ella se salía de su casa (*Las reacciones que tiene su hija*

ante las molestias del marido, nos sirven como ejemplo para que Beatriz analice estas conductas).

En seguida, Beatriz nos mencionó que le preocupaba mucho que “ese señor” molestara a su hija porque ella tenía trastornos alimenticios, pues no comía mucho (*Intentamos ubicar, nuevamente, la relación con el esposo de Beatriz en una línea temporal. Para ello, realiza una pregunta desde la postura de curiosidad, preguntando ¿"ese señor"?, a los que respondió que se refería a su marido. En su respuesta, Beatriz nulifica por completo a su esposo, deslindándose de cualquier relación que la tenga con él; es decir, no asume relación alguna con "ese señor". Además, en esta parte nuestra intervención trató de buscar otra connotación, otro sistema de significados para Beatriz, para que la preocupación de la comida se tornara en otro sentido. Por ejemplo, se señaló que, Adriana (su hija) le gustaba comer sanamente y eso no significaba que tenía problemas alimenticios; claro, no sin antes corroborar que efectivamente no había problemas de tipo alimenticio con Adriana*). Esta parte se tornó muy bien porque la paciente recordó cómo la ingesta de su hija fue cambiando para bien, pues anteriormente ella comía cosas chatarra y ahora su alimentación fue cambiando a más vegetales y frutas, así como tenía más información de cómo preparar su propia comida con recetas vegetarianas.

En cuanto a la parte del marido, tratamos de averiguar qué era lo que hacían en un día común, qué era lo que hacían en un domingo donde estuvieran todos juntos. Averiguamos que “el señor” le ayudaba a veces a darles de comer a sus hijos y que además le ayudaba en ciertas actividades de la casa, también que su convivencia en ocasiones era de platicar de cosas de sus hijos y cómo les iba en la escuela (*Con esta información nuestra intervención se basó, en buscar con ella un giro interpretativo diferente, más adaptativo para que tratara de convivir mejor con su pareja y que platicaran de lo que a los dos les interesara; es decir, estrategias de la terapia narrativa como buscar excepciones y, buscar historias de vida alternativas*).

Como no nos quedaba muy claro cuál era la forma en que su marido participaba en la vida familiar, ni las características relacionales que sostenía con Beatriz, decidimos averiguar qué era lo que hacían en la vida cotidiana para poder

detectar cuál era ese estilo relacional que prevalecía en la familia, particularmente entre Beatriz y su marido (*Holon conyugal, pues nos interesaba identificar los sistemas de significado que estaban involucrados en las dificultades o malestares que Beatriz nos reportaba, así como aquellos otros elementos que pudieran estar dificultando la emergencia de modalidades relacionales más agradables, armoniosas y comprensivas*). Para identificar los límites, jerarquías, etc. del holón conyugal, fue necesario equiparar los posibles problemas que se presentaban en un día común y corriente, tanto como lo que hacían en un domingo donde estuvieran todos juntos, y fue así como averiguamos que Javier “el señor”, en ocasiones le ayudaba a Beatriz a darles de comer a sus hijos, que también le ayudaba en ciertas actividades de la casa, y, además, que en ocasiones su convivencia contemplaba conversaciones agradables a cerca de sus hijos, de cómo les iba en la escuela, etcétera (*Esta información nos permitió delimitar las quejas y molestias de Beatriz a las que ella se refería como “siempre”, para posteriormente traer a la conversación los momentos agradables de la vida cotidiana con su marido, lo cual nos ayudó a relativizar su experiencia y empezar a ver con ella aquéllos otros elementos agradables de la relación que, por la presencia de un discurso demasiado centrado en “los problemas”, prácticamente habían desaparecido del horizonte familiar. Con esta nueva información pudimos buscar con ella nuevos sistemas de significados que pudieran ayudarle a resaltar las partes positivas de la vida cotidiana con su marido para, posteriormente, tratar de hacerlos más evidentes y ampliar aquellos aspectos que podrían mejorar la relación, lo mismo que su estado de bienestar*).

Con base en lo anterior, se le sugirió que, cuando se presentaran esos momentos “normales”, ella tratara de platicar un poco más con su marido sobre las cosas que a los dos les interesaran. Otro aspecto importante de intervención fue a nivel personal, buscando, entre otras cosas, que Beatriz dejara de estar tan al pendiente de “las partes negativas” de su marido para pensar un poco más en ella, de llegar a tener algunas actividades propias, “para ella misma”, actividades que a futuro pudieran animarle a disfrutar un poco más su vida cotidiana, dentro y fuera del hogar, lo cual, a su vez, podría ampliar los restringidos márgenes de libertad

en los cuales ella se movía. Esto es lo que nosotros pensamos que podría conllevarle a delinear un proyecto de vida diferente, más agradable y menos centrado en “los problemas”, un proyecto de vida que al mismo tiempo permitiría que sus hijos pudieran construir su propio camino sin la preocupación de una madre que veían que estaba sufriendo, una preocupación que los tenía “atrapados” en una relación familiar problemática (*Estrategias de la terapia narrativa y centrada en soluciones, ya que los márgenes de libertad y el cambio de significados, así como historias de vida alternativas, hacen que Beatriz se concentre y buscar sus propias soluciones como experta de su propia vida*).

Esto fue lo que tratamos en la terapia, investigar más a fondo de cómo se sentiría a futuro y con las actividades que ya estaba planeando, ella contestó que estaba muy motivada e ilusionada en estas actividades y que pensaba llevarlas a cabo pronto (*Todas las intervenciones de reconstrucción le sirvieron mucho a la paciente/cliente para que analizara su propio discurso y buscara alternativas de relacionarse con su marido, hasta ella llegó a proponer que podría hacer lo mismo que hacía su hija cuando su padre la molestaba, lo que consistía en no engancharse en “en juegos de poder”. Además, la estrategia del proyecto de vida, mirarse en un futuro para saber cómo le gustaría vivir más adelante sin el síntoma*).

El equipo terapéutico le mandó un mensaje “que ninguno en su familia tratara de seguir peleando con el señor, y que trataran de evitarlo, además de que todos tenían los recursos para salir adelante, además de las ganas, porque por algo estaba en terapia para tratar de mejorar la relación entre todos y poder superar las dificultades, no que las dificultades y problemas los superaran a ellos”.

La respuesta de la paciente a este mensaje fue óptima y dijo que sí, que no le haría caso a su marido cuando este empezara a discutir o cuando la molestara cuando llegaba borracho. Al finalizar comentó que la próxima sesión asistiría su hijo por la invitación que anteriormente se le había hecho.

Una vez concluida la sesión comentamos, entre el equipo terapéutico y las terapeutas, el gran cambio de la paciente pues su discurso se tornaba optimista y con gran esperanza en querer salir del problema y no engancharse con su marido.

También se comentó sobre el tono de voz, porque al llegar a terapia su tono de voz fue muy bajo y en esta sesión se sentía más segura al expresar algo. Concluimos que la asistencia de su hijo nos ayudaría a que la paciente se liberara de esa presión de estar en la casa, de no querer dejar a sus hijos y de estar enganchada con todo y, sobretodo, con su marido (*análisis del lenguaje analógico*).

SESION 4.

El objetivo de esta sesión fue que Beatriz pudiera separar las actividades personales de las laborales y de su familia, para “abrir” un espacio a su “independencia”, por ejemplo tener una vida más cómoda y “liberar a sus hijos”, así como del conflicto con su esposo, pues eso la tenía inmersa y atrapada sin poder llegar a pensar en sus propios intereses, y nunca ponía atención en sus deseos por aprender y procurarse así misma (*con esta sesión se pretendía dar un cambio a la vida de la paciente ayudándola con su propio discurso a pensar diferente, un proyecto de vida y cultivo de sí misma, todo esto basado en la terapia narrativa; es decir, ella misma con su experiencia de vida busque soluciones e historias de vida alternativas*).

En esta ocasión llegó acompañada de su hijo Ricardo, como se había previsto. Se inició la terapia conversando sobre las actividades que desea tomar la paciente a lo cual su hijo respondió positivamente, pues mencionó que así su mamá se preocuparía más por ella y no estaría pendiente de los demás. Estos comentarios de Ricardo nos ayudaron a que la paciente ya no tuviera dudas ni preocupaciones de tomar la actividad que a ella le interesaba (*La visita de Ricardo sirve como “alianza” con nosotros como terapeutas, como estrategia de la terapia sistémica*).

Le preguntamos a Ricardo: ¿qué podía hacer él para ayudar a su mamá y darle ese “empujoncito” que necesitaba para empezar a tomar las clases que le interesaban, y que su mamá no se preocupara tanto por si no había de comer? Ricardo respondió un tanto agresivo y defensivo, pues dijo que los que sabíamos

éramos nosotros y, nosotros teníamos que darle la respuesta a su mamá, no él a nosotros; y con respecto a la comida, él y su hermana ya le habían dicho a su mamá que eso era un pretexto porque ellos resuelven qué van a comer si no hay nada, es decir, que no necesitaban a su mamá (*Otra alianza y coalición de la terapia sistémica, pues los hijos de Beatriz apoyan la historia de vida alternativa de su mamá*). La paciente decía que sí a todo lo que respondía su hijo, como si en ese momento no tuviera opinión propia. Nuestra intervención en ese momento fue responderle a Ricardo que no queríamos que él nos diera las respuestas y que no lo habíamos hecho venir para eso; sin embargo, le regresamos la pregunta de qué haría para ayudar a su mamá (con otro formato y de manera más sutil) mencionando que su mamá ya había averiguado dónde se dan las clases y la hora, pero le falta empezar, le faltaba ese último paso y qué creía él que le faltaba. De una manera más tranquila respondió Ricardo que no sabía por qué a su mamá siempre le hacía falta esa fuerza para tomar decisiones, en esta parte sacó el tema de su papá y mencionó lo mismo, que le faltaba fuerza para decidir con respecto a la relación con su papá, y además era más difícil cuando alguien no quiere cambiar como su papá (Javier).

En esta última parte, nos pudimos dar cuenta de que Ricardo fue cambiando su actitud poco a poco, pues se resistía al cambio y la homeostasis quería que permaneciera, nuestra actitud como equipo terapéutico fue ir rompiendo poco a poco los holones para tener un mejor avance dentro de la terapia (*En toda esta parte podemos observar que los terapeutas usamos diferentes estrategias de intervención de los tres tipos de modelos terapéuticos como son las preguntas de tipo circular con el objetivo de indagar sobre la forma de pensar de los hijos a cerca de su madre y, que ella misma conozca la opinión de sus hijos; simultáneamente las preguntas de manera circular sirven para averiguar la relación que llevan con Javier. Ricardo utiliza el "sabotaje" y la "resistencia" cuando responde que los expertos somos nosotros y que nosotros somos lo que debemos de saber como ayudar a su mamá, por tal motivo se utilizan las estrategias de preguntas circulares y connotaciones positivas*).

En seguida entró el equipo reflexivo y se preguntó: ¿cuál es la demanda de la terapia?, y uno de los integrantes del equipo mencionó que ¿por qué no consideraban como estrategias aquellas “mañas” para enfrentar a Javier? *(mencionando como “mañas” aquellas formas que les habían funcionado para no pelear con Javier y tratar de estar en un ambiente confortable y agradable para todos, de manera que usen las metáforas, estrategias de la terapia narrativa. En cuanto a la duda de la demanda de la terapia, es una estrategia para que aclaren qué es lo que realmente buscan y quieren obtener de ella)*. También comentó el equipo, que parecían “entrampados” con el problema del Sr. Javier queriendo cambiar a alguien que no quiere cambiar; finalmente se comentó: ¿qué otras cosas puede hacer para que su mamá esté mejor, independientemente del papá que tiene dos facetas: problemática y no problemática *(Esta intervención del equipo terapéutico ayuda a retomar las preguntas de tipo circular y buscar soluciones que ya se estaban obteniendo en la sesión anterior)*.

Lo que dijo Beatriz acerca de lo que escuchó del equipo reflexivo fue: “queremos saber cómo enfrentarlo” mencionando que las pocas veces que están los dos solos no entablan conversación porque su esposo quiere imponer lo que él piensa *(homeóstasis persistente)*.

Por otro lado, Ricardo respondió a la reflexión que su padre estaba en contra de ellos y que tienen conciencia de que no van a cambiar las cosas, y si así fuera sería estúpido pensar que su papá va a cambiar. Agregó que su mamá no puede tomar decisiones aclarando un poco que esa era la demanda: “lo que quiero es que tome decisiones”. También se refirió a un equipo de tres como familia, en donde si uno de ellos está lesionado no se puede seguir, ya sea Beatriz, Adriana o él *(Los límites y los holones del sistema no son claros)*.

Nuestra intervención se basó en la utilización de la proyección a futuro (una estrategia de la terapia centrada en soluciones), se le preguntó cómo ve a su mamá dentro de 10 años y él contestó: -tranquila y haciendo lo que quiere-.

Al salir la terapeuta y el co-terapeuta con el equipo reflexivo para conversar acerca de lo escuchado en la sesión y la tarea para la siguiente semana, se concluyó lo siguiente: la posibilidad de realizar cosas diferentes para relacionarse

con el papá, por ejemplo con alcohol y sin él; centrarse en mamá y olvidarse un poco de papá, ya que ellos son quienes más conocen a mamá y pueden ayudar al equipo terapéutico a platicar sobre lo que a Beatriz le gustaría hacer de sus casa, trabajo, familia y ella misma; al mencionarle esto a Beatriz y a Ricardo se le volvió a invitar en la próxima sesión igual que Ricardo, y esperando la asistencia de Adriana.

Al concluir la terapia y conversando con el equipo reflexivo coincidimos en que Ricardo volvió a enganchar a su mamá en el problema que tiene con su papá, tanto que llegamos a pensar que el gran trabajo que habíamos avanzado en la sesión pasada se había venido abajo, pero al analizarlo con detenimiento nos dimos cuenta que a pesar de que Ricardo intentó "sabotear" la sesión lo sacamos de su narrativa con estrategias de las tres terapias como las preguntas de tipo circular (terapia sistémica), metáforas (terapia narrativa) y la proyección a futuro (terapia centrada en soluciones).

SESION 5.

En esta sesión, el objetivo era conversar sobre dos ejes considerando las excepciones: Javier es un proveedor importante en la familia y en ocasiones es "buena onda". Además de plantear la proyección a futuro: ¿qué pasará con Beatriz en el futuro?, ¿qué va a hacer usted para que dentro de 5 años realice sus sueños? Sin embargo, los objetivos fueron modificados, ya que sí asistieron los dos hijos de Beatriz. Así que lo que se propuso fue explorar "cómo los hijos pueden ayudar a mamá a que tome decisiones" (averiguar alianzas y coaliciones, límites y reglas del sistema y, las preguntas de tipo circular).

Al entrar a terapia y presentarnos con Adriana y preguntarle sobre el objetivo antes planteado, Adriana respondió: que su madre es quien más sabe acerca de su vida, más que ellos como hijos. Beatriz respondió llorando cuando su hija respondió esto y en seguida dijo: -no sé por dónde empezar-.

Esto nos llevó a preguntar a Adriana por dónde considera que podría empezar (preguntas de tipo circular), ella comentó que su mamá quiere hacer cosas, pero

no ve que las haga, mencionó "no sé si lo quiere hacer o nada más nos esta timando", y agregó que no quiere deshacerse de la responsabilidad de madre sintiéndose irresponsable cuando ellos le dicen que no se preocupe por ellos. Se planteó lo que los hijos pueden hacer para tranquilizarla dentro de 5 o 6 años sintiéndose bien, o si pensaban que habría algo que podría ayudarla a decidir (*la terapeuta y el co-terapeuta averiguamos que los límites para Beatriz no son muy claros y buscamos la forma de hacerla caer en cuenta de ello con la percepción a futuro, sacándola de su discurso y ampliando su sistema de significados*).

Beatriz dijo no saber cómo empezar, ya que su mundo son sus hijos y se siente orgullosa de ellos, por lo que le planteé cómo podría dejarlos "volar" y cómo ellos podrían ayudarla a no sentirse abandonada. Pero además qué tendría que pasar para que sus hijos se fueran sin remordimientos (*con esta intervención se le proponen soluciones y alternativas de vida, también se busca averiguar con las preguntas de tipo circular la opinión de sus hijos*).

Así mismo, se consideró que los hijos también se sienten atrapados, y que Beatriz no los deja que sean libres al 100%, porque ellos se dan cuenta de que su mamá no lleva su vida a cabo por esperar a que sus hijos vivan su propia vida, por ejemplo no duerme por esperarlos cuando ellos se van alguna fiesta o llegan tarde del trabajo, y que en general su vida son ellos. Por ello, decidimos junto con el equipo terapéutico que la base de la terapia era trabajar con Beatriz para que tratara de liberar a sus hijos y estos pudieran vivir con más libertad, sin estar enganchados con los problemas de mamá (*buscamos corregir los holones y marcar los límites*). Lo principal era que Beatriz se diera cuenta de que también tiene una vida propia, y una vez que los hijos se vayan de casa y ella pueda sentirse útil y sobre todo, realizar su vida de manera más agradable para todos.

Posteriormente se utilizó la proyección a futuro, pidiéndole a Beatriz que imaginara a su hija dentro de 5 años en alguna ciudad lejana; ya que durante la conversación Adriana mencionó querer trabajar fuera de la ciudad, y también que se imaginara así misma. Ella respondió que se sentiría bien y que se imagina yendo a excursiones; esto nos llevó a preguntar: ¿Qué tendría que hacer usted ahora, para alcanzar eso que quiere usted a futuro?, no respondió y se quedó

callada, sin embargo se podía notar que estaba analizando lo que le habíamos preguntado (*lenguaje analógico, que se presenta en los tres enfoques terapéuticos*), lo cual era favorable pues nuestro objetivo era que analizara las cuestiones que la hacían sentirse intranquila.

El mensaje del equipo reflexivo se enfocó en el reconocimiento del éxito como familia, pues a pesar de las dificultades que han tenido en la relación con el padre, al mismo tiempo han tenido la fuerza suficiente para salir adelante, y además, tener unos hijos tan exitosos profesionalmente. A Beatriz en especial se le dijo que, nosotros veíamos que contaba con los recursos, la actitud y la firmeza para seguir adelante, y que el hecho de ser una familia "aferrada" (mencionado en la conversación) le podría servir a ella para "aferrarse" a su nuevo proyecto de vida. Se plantearon preguntas como: ¿cómo esta entereza puede ayudarlos a ellos como hijos para no sentirse mal al dejar a su madre?, ¿cómo lograr desaferrarse de esta situación y aferrarse a su nueva vida? Una de las integrantes del equipo reflexivo les mencionó una metáfora relacionada con el problema que tienen con su padre para que ellos ya no se engancharan tanto en seguirle el juego. En esta metáfora se mencionó qué "sería bueno darle la vuelta al problema", como en un incendio en el cual hay personas que prefieren hacerse a un lado cuando no tienen las herramientas para poder apagar el fuego, por lo que su mejor decisión es hacerse a un lado para no provocar más problemas"; es decir, no engancharse con el problema, ni con las molestias que les provocaba el padre y lo mejor era darle vuelta a esto para no caer en otro juego incómodo y así llegar a otra discusión (*esta intervención fue muy importante, se utilizaron estrategias como las paradojas y la connotación positiva del equipo de Milán, para que reflexionara Beatriz sobre su narrativa*).

Al salir el equipo reflexivo les preguntamos si tenían algún comentario sobre lo antes dicho, a lo que Beatriz reconoció los triunfos que han tenido sus hijos y de los cuales se siente muy orgullosa. Sin embargo, Ricardo, su hijo, no le pareció el comentario de darle la vuelta al fuego o incendio, porque sentía que eso era evadir el problema y no darle solución, y que así nunca iba a terminar el problema con su padre. A lo que respondimos que no era evadir el problema, sino tratar de no

engancharse con alguien que no quería cambiar, y que sólo buscaba vencerlos haciéndolos enojar, y además, que si trataban de no seguir peleando con su padre él se cansaría y tomaría otra actitud, resultado, entre otras cosas, las cualidades que tenía su padre, que, por cierto, había formado dos hijos profesionistas exitosos *(se mantiene la posición y la metáfora que dejó el equipo terapéutica, de manera que se vuelve a connotar positivamente la situación, así como hacerles ver las situaciones positivas que presenta su papá).*

Finalmente se fueron relajados, y Ricardo ya no se resistió ni sabotó la sesión. Se les dejó de tarea que pensarán en actividades para su mamá para que la ayudaran a “despegarse” de sus hijos, pero también se le pidió no mezclar su proyecto de vida en la relación con su marido. De igual manera, se les dejó que platicaran los tres para ayudar a Beatriz a pasar por esta etapa incómoda.

SESION 6.

El objetivo en esta sesión era tratar de conversar en torno a la tarea que se había dejado la semana pasada, así como sacar a Beatriz de la situación incómoda que tenía con su marido.

Se empezó conversando acerca de lo que se dejó de tarea la sesión *anterior (Comenzamos con este tema para abrir la conversación y obtener información acerca de la perspectiva de la consultante con respecto al problema. Asimismo, busco traer a la conversación aquellos cambios que se presentan en la narrativa de la consultante y, por tanto, en los significados)*, sin embargo, dijo que no pudieron hacerlo debido a las ocupaciones de sus hijos. Mencionó su preocupación por Adriana, porque seguía sin comer bien y con sus trastornos alimenticios. En este momento abordamos preguntando si ya había buscado información de anorexia y bulimia, a lo que contestó que no; así que la informamos sobre los síntomas que presenta una persona con problemas de bulimia y anorexia, e hicimos (tanto a Beatriz como las terapeutas) una comparación entre los comportamientos que tiene una persona con trastornos alimentarios y los comportamientos que tiene su hija Adriana. Después de un gran análisis y explicarle a Beatriz que su hija se preocupa por su apariencia física y por comer

sanamente, ya que se había vuelto vegetariana y hasta tenía recetas de comida vegetariana, además de que la paciente se daba cuenta de que Adriana comía bien y a horas adecuadas. Beatriz analizó la situación y se quedó muy tranquila con la explicación (*su sistema de significados se modificó considerablemente, dándole información que no tenía*).

Al continuar con la conversación decidimos abordar el tema de la relación con su marido, ya que era una situación muy incómoda y además era algo que le preocupaba tanto a ella como a sus hijos. Comenzamos preguntando qué había hecho para ya no tratar de discutir tanto, a lo que respondió que ya no le sigue el juego a su marido y que ha puesto en práctica lo que le habíamos dicho de conversar acerca de lo que les pasa a sus hijos, de lo que hace él, y eso fue lo que hizo, pero dice que no se puede, que siempre está enojado y que todo le molesta, además mencionó que se la pasa molestando a sus hijos (*retomando la terapia centrada en soluciones, decidimos dirigir la sesión en base a solo soluciones para la paciente/cliente, ella trata de dar soluciones aunque aún existen piedras en el camino que la hacen tropezar y caer de nuevo en el problema*). Al darnos cuenta que se estaba enganchando otra vez en el tema de su esposo, decidimos llamar al equipo reflexivo.

El equipo reflexivo felicitó a Beatriz por tratar de superar los problemas que se presentan con su marido, pero que todo lleva su tiempo, y que su marido, al ver la nueva actitud de Beatriz, ya no discutiría tanto, porque se pensó, *al cambiar alguien dentro de un sistema el resto del sistema también cambia*. (*Aquí el equipo usó la metáfora del efecto dominó, una afecta al resto de fichas, estrategias de la terapia narrativa*). Su marido al ver la diferencia en la actitud en Beatriz y en sus hijos, es probable que también cambiará. Al mismo tiempo la felicitaron por que ya hizo a un lado la idea de que su hija tenía problemas de alimentación, sin embargo, les quedaba una duda y se preguntaron ¿qué ha hecho Beatriz para realizar las actividades que sesiones atrás habíamos hablado que le interesaban, que ha hecho para preocuparse un poco más por ella y no hacer de lado sus propias preocupaciones? Además preguntaron algo muy importante, que no les quedaba claro; ¿qué era para ella pelear siempre? pues ella lo decía como si

todos los días de la semana peleaban, preguntaron de los siete días de la semana cuántos no peleaban y cuántos peleaban *(con estas cuestiones el equipo pretende que Beatriz reflexione sobre su narrativa y busque soluciones y sólo se concentre en ella)*.

Al salir el equipo reflexivo, le preguntamos a Beatriz qué pensaba de todo lo que habían hablado, ella mencionó que agradecía todo lo que le decían y que además ella misma sentía que sí estaba cambiando con la actitud hacia su esposo pues tomaba en cuenta lo que el equipo reflexivo había mencionado una sesión antes, de tratar de evadir el problema, y tomó una actitud como la de su hija, la cual era no hacerle caso a su marido siempre que la incomodaba con su actitud al estar tomado y cuando el "Señor" empezaba a molestar a su hija, ésta se iba a otro cuarto o trataba de salirse de la casa *(este cambio es muy importante; ya que Beatriz se concentra en las soluciones y además de esto busca alargalas y no pensar en el problema)*. En seguida, retomamos lo que se había preguntado el equipo reflexivo sobre: ¿cuántos días de la semana se hablaban, platicaban y qué era lo que hacían? Beatriz contestó que solamente tres eran los que discutían y casi siempre era porque él llegaba alcoholizado y empezaba a pelear, pero ella prefería no hacerle caso y hablarle de otras cosas *(al utilizar esta estrategia de la terapia narrativa es contextualizar el tema que utiliza Beatriz al referirse que "siempre" Javier los molesta, esta contextualización se hace para cuestionarla sobre los días que platican, de tal manera que nos centramos en la solución y no en el problema, así ella busca alargar las soluciones y darse cuenta que no es "siempre" como ella menciona)*.

Decidimos terminar la sesión con esa información que nos proporcionó. Le dejamos de tarea: que pensara en qué actividades realizaba con su marido cuando estaban en una situación más agradable, y que identificara cuáles eran sus aportaciones, ya fueran económicas o de apoyo en la casa.

SESION 7.

La sesión se empezó conversando acerca de la tarea que se había dejado y sobre las conductas positivas que había identificado cuando se encontraba con su

marido sin pelear (*Comenzamos con este tema para abrir la conversación y obtener información acerca de la perspectiva de la consultante con respecto al problema. Así mismo, buscó traer a la conversación aquellos cambios que se presentan en la narrativa de la consultante y, por tanto, en los significados*).

Ella empezó diciendo que ya había identificado que antes de la terapia lo que la paralizaba era la depresión que creía que tenía y que ésta era lo que la hacía estancarse. Mencionó sentirse con más fuerza para retomar sus proyectos, pues ya desde días antes había estado investigando dónde daban clases de lo que le interesa aprender y hasta sabía ya los horarios en que se impartían estas clases. Por todo esto, ella ya había hecho un plan y les había comentado a sus hijos que empezaría con las clases y que la apoyaran mucho encargándose de la comida y de los quehaceres del hogar, y ellos estuvieron de acuerdo en apoyar a su mamá. Beatriz mencionó no ser una persona que se estanque en una situación, y por ello ha cambiado su actitud, lo que más la hizo cambiar fue que su hijo Ricardo le dijo "que tiene que salir adelante" (*el cambio de Beatriz en esta sesión es muy significativo y notable, tanto su lenguaje analógico y digital la alejan de una situación totalmente diferente a la primera sesión, es mucho más clara en sus ideales y su historia de vida alternativa empieza a tomar una forma más concreta, sus gestos y su tono de voz reflejan a una persona más tranquila y aliviada. Su historia de vida alternativa ya no es sólo una historia; es decir, empieza a tomar acciones como el iniciar con las clases una vez que sabe el horario y el día que se imparten*). Sin embargo, la paciente expresó, aun tener miedo de volver a caer en la depresión; por lo que las terapeutas preguntamos: ¿cómo identificaría que está recayendo en la "depresión"? Respondió que lo identificaría volviéndose a sentir sola como al principio de la terapia. Algo que nos llamó la atención es que la paciente en ese momento ya se había hecho consciente de que estaba enganchada con sus hijos, pues mencionó que ella se sentía muy bien y se sentía completa cuando tenía cosas que hacer con hijos, de pronto sus hijos ya tenían actividades en las que no involucraban a su mamá, por lo que se dio cuenta que había cambios en su vida y que estos cambios le habían provocado "que se quedarán huecos" que la hicieron sentir vacía, y en terapia se dio cuenta que

había estado descuidando su parte emocional, además de descuidar sus propios intereses y mencionó que gracias a las sesiones había estado cambiado positivamente, pues le interesaba recuperar el tiempo perdido y aprender todo lo que en algún momento la dejó paralizada, por preocuparse más por los demás que por ella. También mencionó su inquietud por ya no compartir cosas en pareja, y el estar cansada de sentirse sola y vacía. Nosotros le comentamos que la veíamos mucho más animada, su discurso estaba cambiando pues estaba más optimista, también le mencionamos que sus ganas de salir adelante y ya no estancarse eran evidentes, ya no dejarse vencer por la soledad y tristeza, porque realmente vemos que no está sola y que no hay huecos (*un cambio más, en el que se nota que los roles conyugales y parentales son más específicos en los que hay límites específicos en la relación madre-hijos y esposa y esposo; su historia de vida alternativa vuelve a retomarse por ella misma ampliando soluciones y modificando su sistema de significados con la relación que lleva con Javier deseando convivir más con él. Por último, la connotación positiva que se hace de su cambio y resaltando sus características positivas que la hacen ser fuerte y valiente ante lo que se le presente*). En este momento las terapeutas recurrimos a una estrategia la cual pretende medir su avance dentro de la terapia, le preguntamos ¿en una escala de 0 a 100%, en donde 0 es una puntuación en la que se sentía muy mal cuando ingresó a terapia y el 100% es sentirse bien, completa y satisfecha, en qué porcentaje se encontraría en este momento? Respondió que se sentía en ese momento en un 80%, se sentía más clara con sus objetivos, más libre, con ganas de salir adelante. ¿Qué le falta para llegar a un 100%? (preguntamos) Ella mencionó que para llegar a un 100% no habría problemas nunca y que todo sería perfecto, pero por supuesto no todo va hacer perfecto pero ella se conforma con este 80% por el momento, y para llegar a un 90% le faltaría acercarse más a su marido y cumplir sus sueños de superarse (*la estrategia utilizada sobre los porcentajes se aplica en la terapia centrada en soluciones, con la que se puede ponderar el avance positivo de la terapia y saber qué es lo que falta para que la paciente/cliente se sienta mejor con su nueva historia de vida*).

Otra estrategia que usamos para que la paciente no se sintiera de nuevo enganchada con sus hijos fue preguntarle sobre ¿cómo la ven sus hijos actualmente? Comentó, que ellos la ven mucho mejor, con más fuerza. Dijo que se habían enlazado mucho y estaban apoyándose para salir adelante, se había dado cuenta de algo muy importante, estaban muy unidos porque si uno se sentía bien los demás también, y que sólo una situación muy fuerte los podía derrumbar, "es difícil que nos volvamos a caer porque nos sentimos con mucha fuerza, sobre todo porque hay apoyo de todos y comprensión. Me estoy dando cuenta que para sentirme mejor emocionalmente quiero cumplir mis expectativas y al cumplirlas me voy a sentir feliz y contenta, y mis hijos lo van a notar, es más, ya lo están notando" *(al preguntar sobre lo opinión de sus hijos a cerca de sus cambios, es una estrategia del enfoque narrativo que nos ayuda a que la paciente se sienta segura de cómo la ven los demás y sienta que su cambio tiene un efecto positivo para su familia). Para que Beatriz se sintiera segura de sus cambios y darnos cuenta que estos cambios serían a largo tiempo, se usó una estrategia más del enfoque narrativo preguntando: ¿qué pasaría si no cumple sus expectativas por cualquier cosa o situación? Ella respondió que si no las cumplía no había ningún problema porque las podía cambiar dependiendo de la situación, nos agradó mucho su respuesta porque ya no se deja llevar por el momento, está previendo el futuro y, sobretodo, está viendo la realidad de su vida, la fuerza y el cambio que adquirió Beatriz en la terapia la hacen sentir fuerte y capaz de resolver cualquier situación para no volver a caer en situaciones incómodas, porque sus excepciones y sus sistemas de significados estaban mucho más claros y, los límites con sus hijos permitían sentirse más liberada y no dependiente de ellos.*

Nosotros veíamos una actitud de Beatriz más positiva y un gran cambio en poco tiempo, por ello preguntamos ¿qué cosas nuevas estaba haciendo para que se diera un cambio? La paciente dijo que ya estaba pensando más en sus necesidades y en sus sueños de crecer profesionalmente, al ver que sus hijos ya están grandes y son independientes, esto le permite resolver primordialmente sus necesidades, que las de los demás. Así, Beatriz decidió también buscar actividades para sentirse ocupada, como inscribirse a cursos, y mencionó que ya

se había inscrito a un curso de primeros auxilios. También ha notado los cambios con sus compañeros del trabajo y con sus amigas, pues ya platicaba más con ellos y convivía más; y comentó que hasta tenían planes de salir a Oaxtepec de paseo el próximo fin de semana, y que se sentía muy emocionada de salir con sus amigos. La felicitamos por su actitud y por los cambios que ha logrado a lo largo de la terapia y le preguntamos ¿si ya se había imaginado sobre lo que pensarían sus hijos y su marido sobre el viaje?

Nos dijo que sus hijos estaban felices y que les parecía muy bien que salieran a divertirse, y que se olvidara un poco de la casa y de todo. Sobre su marido mencionó que no le molestaría y que hasta le había dicho que estaba bien. En este momento decidimos hablar sobre el tema de su marido mencionando que están enfocados (tanto la paciente como sus hijos) en las cosas negativas de Javier, pues sólo veían el problema del alcoholismo y su mal carácter, y no veían otras cosas positivas. Nos dimos cuenta, por todo lo que había dicho de su marido, que él es una persona que no quiere cambiar en cuanto a su forma de beber y su carácter; sin embargo, también nos percatamos de que es una persona totalmente agradecida por la paciencia que le han venido demostrado, pues les ha pedido disculpas por no poder controlar su forma de beber.

Se le comentó a Beatriz que lo más sobresaliente es cómo todas las personas tenemos errores, de igual manera Javier tiene tropiezos porque hay facetas en las que él se siente bien y otras en las que no está al 100%, pero lo más importante es que ustedes como familia ya aprendieron a sobrellevarlo y encontraron la forma de cómo enfrentar estas facetas. La paciente comentó que sí había identificado cambios en la manera de relacionarse con su marido, pues platica más con él y de hecho el día del padre salieron a comer. Nosotros le preguntamos cómo se había sentido con este cambio, a lo que mencionó que muy bien porque se sintió escuchada, y que eso es lo que le hacía falta. Preguntamos cómo se ve en tres años y cómo ve a su familia; mencionó que con una mejor relación con sus hijos y su marido, viajando con el grupo de su trabajo, realizando actividades que me gustan y poniendo algún negocio para trabajar. Por último, recurrimos a una estrategia que serviría para que la paciente afianzara estos cambios y ya no

dudara en cuanto a la relación con su marido; le preguntamos cuántos días de la semana estaban peleando y cuántos conversaban sin problema, a lo que respondió que eran dos los que se disgustaban y que los demás estaban bien.

Con esta información le pedimos que pensara cómo podría aumentar los días estar bien. Ella se quedó pensativa con esta pregunta, así que la pregunta fue de tarea "Que pensará, cómo podían ampliar esos días en los que no peleaban. *(Esta fue la última tarea que se le dejó a Beatriz para que buscara ampliar las excepciones. Al empezar a preguntar de la relación con su marido su lenguaje analógico y digital fue satisfactorio, por lo que tratamos de asentar esta conducta haciendo connotaciones positivas de su marido y resaltando las excepciones como el que no "siempre" pelean, por el contrario le ayuda en lo que necesita y conversa con ella a cerca de los problemas de sus hijos. Finalmente ella sabe que puede ampliar esta situación en la que conviven como una familia con límites y jerarquías adecuadas. Por último, se hace la intervención de la proyección así asienta la manera de verse en un futuro como una nueva Beatriz y no la que estaba triste siempre).*

SESION 8.

Esta sesión la empezamos aclarando que era la última, porque habíamos tenido cambios importantes además que saldríamos de vacaciones, y le dimos la opción de regresar después de las vacaciones, pero ella mencionó que se sentía mucho mejor, que estaba optimista y que se sentía con los ánimos para seguir adelante

Aclarando el punto anterior, hablamos sobre lo que le habíamos dejado la sesión anterior de ampliar los días en los cuales no peleaban *(Comenzamos con este tema para abrir la conversación y obtener información acerca de la perspectiva de la consultante con respecto a los cambios que obtuvo a lo largo de las sesiones y saber qué otras soluciones maneja al concluir la terapia).* Ella mencionó que era tener más tolerancia, conversar sobre las vidas de sus hijos, no hacerle caso cuando estuviera tomando, como hasta ahora lo había hecho, y seguir usando esas estrategias que le habían estado funcionando desde que inició

en terapia. Con su respuesta, la felicitamos por su nueva actitud (*la paciente se siente segura de su cambio y su sistema de significados se modificó totalmente para no pensar en problemas si no sólo en soluciones*).

En seguida, mencionó que se sentía nerviosa porque un día después se iría a su viaje del trabajo, nos expresó su emoción y felicidad. Le preguntamos qué era lo que la hacía sentir tan feliz últimamente; nos dijo que principalmente eran sus hijos, porque ellos estaban seguros de lo que querían de su vida, mencionó las ganas de hacer lo que no había hecho antes, como aprender nuevas actividades, disfrutar las actividades que realiza. Nosotras le preguntamos el por qué le causaba tanta emoción el viaje, y respondió que más que emoción era incertidumbre del no saber qué iba a pasar, porque ella educó a sus hijos y ahora era el momento de retomar su vida y volver a educarse ella (*su historia de vida alternativa es más concreta y real, ya no es sólo un plan de vida*).

Le preguntamos cómo se veía a futuro, para así poder prolongar sus planes a largo plazo, y dijo que se veía tranquila, con proyectos realizados "sintiéndome libre, viajando con mi grupo de amigas de un lado a otro". La cuestionamos si se veía cómo abuela, respondió que sí, con dos nietos, uno de su hija y otro de su hijo, y mencionó que iba a ser muy consentidora y feliz con ellos (*proyección a futuro de la terapia centrada en soluciones*).

Comentamos que al escuchar hablarla de estar sola nos transmitía la idea de mucha libertad, y que no cabía duda que su interés por seguir aprendiendo temas que le interesan. Nos dijo que, sí que eso era lo que quería, pero refiriéndose al hecho de que ya se dedicaría más a ella, estaría más atenta por consentirse y cubrir sus propias necesidades, mencionó "ya no hay niños que cuidar ni estar tan pendiente de ellos, porque ellos ya tienen su vida, también dijo esto de la libertad, así es como me quiero sentir, pero también tengo una pareja que bien o mal está ahí y no la puedo desaparecer". Entonces preguntamos ¿sí esto de tener pareja modifica el sentirse libre? Dijo que eso es lo que está trabajando, es por lo que está siendo más tolerante, ya no discutir tanto con él para sentirse más libres tanto él como ella y, comentó que no sólo es decirlo sino hacerlo, y es difícil llevar una relación tranquila después de tantos pleitos, pero no es imposible y eso por lo

que está luchando (*su sistema de significados cambio, ya no ve a sus hijos como unas personas a las que tiene que estar esperando y cuidando lo que comen, sabe que ellos pueden cuidarse solos y si en un determinado momento ella no se encuentra en casa pueden salir adelante solos*).

Para afianzar más las propuestas tan buenas que había mencionado antes, le preguntamos sí cuándo había planeado este viaje le había costado mucho tomar decisiones y comunicarlas. Respondió que sí, porque empezaron los miedos de pensar “qué es lo que mi marido diría, y de seguro se iba a enojar”, pero dijo que estaba bien así, “que no fue tan difícil expresarle que me iba a ir de viaje”. Le comentamos que a veces pensamos que hay demasiados obstáculos cuando vamos a expresar algo o a tomar decisiones, sin embargo, las cosas se dan de diferente manera a lo que pensamos, y si a su marido le pareció bien el que ella se fuera de viaje, es porque de alguna manera él también está percibiendo sus cambios, que por cierto también lo involucraron; *es decir, el efecto dominó hace que el sistema se modifique a pesar de que sólo asiste una persona a terapia, además podemos observar que el holón conyugal se relaciona adecuadamente*.

La paciente respondió muy optimista a este cuestionamiento, porque se ha dado cuenta de que su marido está intentando cambiar así que porque ella no hace lo mismo; ella está conciente que por el momento no tenían una buena relación de pareja, pero son buenos amigos.

Le preguntamos que cuáles eran los próximos pasos a dar en su vida, a pesar de que ya dio muchos pasos, muchos cambios en su vida. Contestó que “se van a ir dando dependiendo de cómo se vayan dando las cosas, dependiendo de cómo se presentan las situaciones y desde luego, que veo las cosas desde otro punto de vista, ya no como antes al iniciar la terapia”.

En seguida salimos para dar el último mensaje del equipo terapéutico. El mensaje del equipo se trataba de felicitarla por todo el avance que tuvo en tan poco tiempo, le mencionamos que tiene los suficientes recursos personales para enfrentar cualquier situación, y esto lo mencionamos avalándonos en lo que ya ha enfrentado bastante bien, tanto situaciones incómodas con sus hijos, como situaciones incómodas con su marido, por ello no dudamos de su fortaleza y sobre

todo con las ganas que tiene de salir adelante y disfrutar lo que tiene. “Los retos que vengan comentó finalmente el equipo, tal vez sean difíciles, pero no más fuertes que usted, y de hecho eso es lo que usted piensa, ya que su deseo de superación nos ha mostrado que es muy alto, y, con toda seguridad, que seguirán cumpliendo sus metas”.

Por último ella nos agradeció todo, y lo bien que se sentía, pues su ánimo era muy diferente y hasta lo percibían los que estaban a su alrededor.

Es muy importante resaltar en este tipo de terapias los recursos que tiene la paciente, hacen que se sienta segura de la historia alternativa que está llevando a cabo y, resaltando su sistema de significados.

RESULTADOS.

Los cambios producidos durante el proceso terapéutico se llevaron a cabo por medio de un análisis cualitativo de corte hermenéutico y los relatos de vida; basados en la observación y en la interpretación de los significados involucrados como son los gestos y las palabras que utiliza la paciente durante las ocho sesiones trabajadas. Así mismo, buscamos crear relatos alternativos y significativos para Beatriz, ampliar sus márgenes de libertad y buscar excepciones.

En el caso presentado se puede observar un cambio evidente en su sistema de significados. Ella empezó con un ánimo muy decaído, su tono de voz era muy bajo y se la pasaba llorando en las sesiones. Pero lo más sobresaliente es que siempre se quejaba de lo que le pasaba, no soportaba a la gente que estaba a su alrededor; es decir, su lenguaje digital y analógico se encontraba muy deficiente y representaba su estado de ánimo decaído. En una ocasión durante las primeras sesiones, ella comentó que no le gustaba salir con sus amigas porque se la pasaban hablando de problemas, acotando que para problemas ella ya tenía muchos. Pero con el proceso de las terapias su opinión acerca de esto fue cambiando y terminó disfrutando los momentos con sus amigas, gracias a las estrategias de intervención de las modalidades terapéuticas utilizadas (sistémica, narrativa y centrada en soluciones); pues desde un inicio se empezó a intervenir con las estrategias de la terapia centrada en soluciones, donde la pregunta del milagro influyó para que la paciente/cliente analizará su discurso, pudiera tener una visión de futuro, y saliera del contexto del problema para empezar a pensar en soluciones.

Un aspecto muy importante a resaltar, es que Beatriz ingresó a terapia insistiendo en su estado depresivo, en este sentido se trabajó con el sistema de significados que la tenía "atrapada", para empezar a buscar una historia de vida alternativa y menos centrada en los problemas.

También cambió la opinión que tenía acerca de que su hija estaba enferma de anorexia, pues realmente no estaba "enferma". Se le hizo ver que estaba mal informada con respecto a dicha enfermedad, ya que su hija solamente estaba modificando los hábitos alimenticios y se había vuelto vegetariana, lo cual le permitió ver a su hija de otra manera, mucho más positiva.

Desde la tercera sesión se observó un cambio importante en Beatriz, debido a que su discurso empezó a centrarse más en soluciones y no tanto en problemas. Incluso su tono de voz también empezó a cambiar, sintiéndose cada vez con más ganas de realizar actividades que le agradan, proponiendo ella misma esas actividades, lo que la llevó a averiguar cómo empezar a realizarlas.

Las sesiones estuvieron en gran medida fundamentadas en las estrategias de las tres terapias, ya que se inicia desde la primera sesión con la pregunta del milagro (estrategia de la terapia centrada en soluciones). Pero también se trabajaron las excepciones, y se buscó que ella pudiera tener una visión a futuro (proyecto de vida alternativa), incluso recurriendo a las preguntas de escala, las cuales le permitieron visualizar con mayor precisión lo que podría llegar a tener en el futuro (estrategias de la terapia narrativa). En cuanto a la terapia sistémica, se trabajó solucionando la relación entre los holones, pues estos no tenían límites claros en cuanto a la relación madre-hijos, esposo-esposa.

Siempre estuvo presente el equipo reflexivo (una estrategia de las terapias narrativas), misma que favoreció los cambios en las formas de ser y de pensar que tenía "Beatriz" gracias a los comentarios y mensajes que realizaba. El equipo reflexivo fue muy importante para las sesiones, pues los mensajes, metáforas, connotaciones positivas y reflexiones sobre todas estas intervenciones ayudaron mucho a cambiar el sistema de significados que gobernaba la vida de Beatriz.

El cambio más notable que tuvo, fue la opinión que tenía de su marido, porque ella lo veía como “el malo” de todo lo que les pasaba, por lo que se recurrió a las estrategias de la terapia familiar para indagar cómo estaban manejando las alianzas y coaliciones, para posteriormente romperlas y adecuar mejor la comunicación igualmente se pudo lograr que cada vez se centrara más en las soluciones, lo que llevó a aceptar que su marido tiene un problema de alcohol pero que es un problema de él, y que si no quiere cambiar, nadie lo podría hacer, pero que sí podrían establecer con él una nueva forma de relacionarse.

Se dio cuenta que a raíz de sus propios cambios ella y su marido han empezado a conversar acerca de lo que les pasa a sus hijos, y de lo que le pasa a ella, decidió no enfrentarlo cuando está ingiriendo alcohol, que es como le ha funcionado para no pelear, ya que antes era discutir en cuanto lo veía tomando alcohol. Ella sola dio la solución (los expertos son los pacientes/clientes) de no hacerle caso, y, pensando en lo que hacía su hija cuando discutía con su papá. Y cuando hubiera una mejor ocasión y disposición, poder hablar de lo que les molesta.

Otro cambio importante, fue el darse cuenta que no siempre peleaban, como ella decía. De aquí la importancia de destacar las excepciones y ampliar su perspectiva, la que le ayudó a ver su vida de una manera diferente, y a percatarse, entre otras cosas, de que estaban sin pelear más días de los que discutían. Lo mismo se podría decir de su decisión de luchar por mejorar la relación. Pero, si no se podía, sabía que eran amigos y que se podían apoyar.

Uno de los cambios más significativos, es que ella llegó a reconocerse como una persona importante, que podía seguir superándose, y que si sus hijos hacían su vida, ella podía seguir con la suya sin problema.

Al inicio de la terapia la narrativa de Beatriz, tenía un significado de “depresión” y de “confusión” en su vida, y fueron por tanto objeto de nuestra intervención, ella

no se preocupaba en su propia vida ni en sus necesidades como persona. La paciente/cliente empezó la terapia con la idea de que si sus hijos no estaban con ella no podía hacer nada para ella misma pues toda su vida eran sus hijos. El cambio fue muy radical porque se dio cuenta que había dejado planes pendientes, planes sin concluir, y que ahora que tenía más tiempo para sí misma y que podía retomarlos, además de "realizar muchos sueños". Beatriz no tenía un proyecto de vida propio, pero a lo largo de la terapia éste fue tomando forma, lo que le llevó a tomar cursos y empezar a disfrutar su vida saliendo a viajes con sus compañeros de trabajo.

Por lo antes expuesto, lo primero que quiero comentar aquí, es la adherencia de la persona a un sistema de creencias rígido, con apego a los roles tradicionales de género y atrapada en el "deber ser" socialmente aceptado; es decir, Beatriz estaba enfrascada con llevar a cabo el rol de madre y esposa que no la dejaba ver más allá de estos dos papeles y por tanto sus límites y jerarquías no estaban claros para ella, pues en el momento que asistieron a sesión sus hijos pude observar como el holón parental no tenía una estructura bien definida y se preocupaba más por la vida de sus hijos que por la suya. Pero esta visita a terapia nos ayudó a tener un giro, lo primero que teníamos que hacer era establecer alianzas y coaliciones (terapia sistémica) con los hijos para poder llevar a cabo un proceso terapéutico satisfactorio; sin embargo, no fue tan fácil, pues Ricardo (hijo de Beatriz) se mostró resistente y trato de "sabotear" (terapia sistémica) la sesión, por lo que se destinó a crear intervenciones que dispararán dichas resistencias como los interrogatorios circulares que tienen por objeto indagar el funcionamiento del sistema completo, poniendo el énfasis en la interacción de todos los integrantes de a familia. Otra estrategia para poder deshacer estas resistencias fue por medio de las connotaciones positivas, que ayudan a tribuir un significado al síntoma del paciente y a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia, en este caso Ricardo.

A la última sesión, Beatriz fue sola lo cual nos ayudó a realizar con ella una extensa revisión de todo lo logrado, pues sus formas de ser y de pensar, así como la forma de relacionarse con las personas importantes en su vida, habían cambiado significativamente en todos los aspectos: pareja, trabajo, personal y familiar. Beatriz logró separar su vida personal de su rol de mamá, y logró darse espacio a ella misma, llevando a cabo las actividades que siempre había querido desempeñar, llegó a formarse una historia de vida alternativa en la que ella podía recuperar el tiempo perdido y aprender actividades que había hecho a un lado, su proyecto de vida que veía a futuro para ella era cercano. También logró disfrutar mejor los momentos con su pareja y los momentos familiares, en la tarea que se le dejó una sesión antes de concluir la terapia mencionó que lograron convivir como una familia, además de platicar y comer juntos. Nosotros pensamos que su sistema de significados dio un giro interpretativo muy importante, pues logró quitarse la idea de "su" depresión, de la enfermedad de su hija y el aferrarse a cambiar a su marido, y evitar estar peleando todo el tiempo con él.

La conclusión más importante es que cuando las madres, sobretodo en la cultura mexicana, se entregan tanto a los hijos, que cuando ellos se van (etapa del nido vacío) sienten que ya no tienen nada que hacer, y que no sirven para nada. Con esta terapia se trabajó con Beatriz para buscar y desarrollar un proyecto de vida alternativo, lo que le permitiría ampliar sus márgenes de libertad y, así poder realizar lo que a ella le gustaba, todo con ideas surgidas en este proceso de diálogo constructor, en los juegos relacionados, de lenguaje y de significado de Beatriz.

El resultado de la intervención que se realizó en esta terapia es, haber podido llegar a nuestra finalidad, la cual era "sugerir nuevas formas de hacer terapia" tomando como base la terapia sistémica, narrativa y centrada en soluciones. Es decir, nuestro objetivo de poder obtener un resultado óptimo en una terapia breve de 8 sesiones se logró con la intervención de estrategias terapéuticas de los tres enfoques antes mencionados.

CONCLUSIONES

Resultó de gran utilidad reunir información acerca de la psicoterapia y los tipos de psicoterapia que existe, ya que era importante conocer las bases teóricas de la terapia familiar y conocer cómo surge el enfoque sistémico, narrativo y centrado en soluciones, estos desarrollan una nueva variedad de procedimientos psicoterapéuticos.

Bateson y sus colaboradores se dieron cuenta de un suceso que dio un giro a la psicoterapia, observaron que la familia también tiene gran influencia en el comportamiento del paciente identificado y muchas veces la familia provoca que continúe este comportamiento que conflictúa a los integrantes del sistema. Por tal motivo se desarrolló la terapia familiar, la cual se menciona en el presente trabajo con tres principales modelos (estructural, estratégico y el grupo de Milán). De la terapia familiar se desprende la terapia narrativa y, los supuestos más importantes de esta terapia sugieren no apegarse tanto al modelo médico y no etiquetar a las personas dentro de una patología, lo principal de este enfoque es que maneja la realidad como una construcción social, sin engancharse en lo que debe de hacer o no la persona, ya que no existen verdades absolutas. Por último dentro de la terapia narrativa se encuentra la terapia centrada en soluciones, la cual tiene como finalidad fundamental perseguir y lograr que el propio paciente/cliente plantee sus problemas y busque soluciones, pues él es quien sabe más de su problemática y de las repercusiones que tiene en su familia, las estrategias de esta terapia ayudan al profesional a que la persona se centre solo en las soluciones.

Por lo anterior, se sugirieron nuevas formas de hacer terapia, tomando como base las estrategias terapéuticas de los enfoques sistémico, narrativo y centrado en soluciones, y así poder exponer que este tipo de terapias nos ayudan a desahogar más fácilmente las instituciones de salud pública debido a la brevedad en la que se llevan a cabo, porque dentro de estas instituciones existe gran demanda y, desgraciadamente, no se les da solución. Lo interesante de esta

modalidad es no ver a las personas como “enfermas”, con problemas “internos” o con diagnósticos que realizan las instituciones públicas. Al contrario, se trata de verlas sumergidas en las relaciones insatisfactorias, así como en sus sistemas de significados que gobiernan sus ideas, y en los juegos de lenguaje en los que participan.

Nuestra intervención se basó en aplicar estrategias de los tres enfoques terapéuticos: de la terapia familiar sistémica. Usamos los desafíos y connotaciones positivas que expone el mismo paciente/cliente y se busca la manera de que esas situaciones positivas se prolonguen para mejorar su entorno familiar, laboral y social; así su sistema de significados da una vuelco. Los juegos de lenguaje tratan de encontrar alternativas de vida, excepciones, ampliar los márgenes de libertad, ayudar a pensar diferente y a construir un proyecto de vida. Por ejemplo, el caso de “Beatriz”, que estaba inmersa con un sistema de significados muy restringidos y no veía más allá de éste, hasta que ella misma pueda observar los grandes cambios positivos que podían beneficiarla en su entorno familiar, social y laboral.

Estas nuevas formas de hacer terapia no se aplican para un sólo tipo de situaciones, pues contemplan toda la amplia gama de dificultades y problemas considerados dentro del campo profesional de la psicoterapia; por ejemplo, anorexia, bulimia, depresión, deserción escolar, conflicto marital, violencia y abuso sexual, problemas de comunicación, etc.

Se concluye por tanto, que al emplear estrategias de la terapia familiar sistémica, narrativa y centrada en soluciones, se pueden solucionar situaciones incómodas dentro del ambiente familiar, de pareja o individual. Respecto a esto, cabe aclarar que aunque se realice la terapia con una sola persona, la familia se verá beneficiada con estos cambios. Y, aunque al principio los familiares pueden seguir “enganchados” con el mismo sistema de significados, las intervenciones de la terapia (en una sola persona) pueden llegar a producir un efecto dominó, es decir, si uno cambió los demás suelen también cambiar. Con las familias se llegan

a utilizar otras estrategias de intervención tomadas de las tres modalidades terapéuticas citadas, pues hay familias en las que la resistencia se establece por un tiempo indefinido y no permite el avance en el proceso terapéutico. A pesar de ello, el profesional puede aplicar las estrategias de la terapia familiar sistémica para ir desintegrando las alianzas y coaliciones que afectan los límites y la estructura del sistema, aplicando también preguntas de tipo circular y connotaciones positivas. De igual manera, se pueden utilizar estrategias de la terapia centrada en soluciones, pues al encontrar una solución el resto de la familia se va percatando de estos efectos; y para la terapia narrativa seguimos trabajando con la construcción social para dar otro enfoque al discurso y planear alternativas en la vida del sujeto y de su familia. Esta se centra en construir nuevas formas de lenguaje y nuevos sistemas de significado.

En conclusión, podemos decir que el orden de la terapia se puede describir con los siguientes pasos que aplicamos al intervenir en cada una de las ocho sesiones realizadas:

- La primera sesión tiene un encuadre, en el que se le explica al paciente/cliente la forma de trabajar del equipo terapéutico, mencionando que estarán presentes: terapeuta, co-terapeuta y equipo reflexivo, este último pasará al final de la sesión a dar una opinión acerca de la narrativa del paciente.
- El siguiente paso consiste en averiguar sobre el motivo de consulta, para lo cual se plantean preguntas que tienen como fin que el paciente pueda analizar su narrativa y sea más específico.
- Después de 45 minutos, se llama al equipo terapéutico, el cual también hace una intervención sobre la narrativa que presentó el paciente, utilizando metáforas, para que el consultante analice su relato de vida.
- A la salida del equipo terapéutico, se pregunta al paciente lo que piensa y opina de lo que opinó el equipo terapéutico.

- Después de conversar sobre el punto anterior, el terapeuta y co-terapeuta se reúnen para llegar a un acuerdo con el equipo terapéutico, sobre la tarea que se va a dejar al paciente durante la semana (estrategia de la terapia narrativa, para que el paciente siga pensando en soluciones a su situación).
- Al regresar con el paciente se le indica la tarea convenida.
- En la siguiente sesión se empieza hablando de la tarea de la semana anterior para abrir la conversación y conocer la perspectiva de la consultante acerca del motivo de consulta que la llevó a terapia.

Con las diversas intervenciones que se tomaron de los tres modelos terapéuticos utilizados, estos facilitaron el logro de óptimos resultados en el caso estudiado.

La experiencia que adquirí en el trabajo terapéutico fue muy enriquecedora, pues al estar frente a la paciente/cliente me pude apoderar de un papel profesional en el que no me podía permitir decaer, ni involucrar sentimentalmente con la problemática del paciente/cliente. Y, con mi intervención logré valorar la importancia de este tipo de proyectos de prácticas profesionales, pues son los que me acercaron a una realidad y a adquirir experiencia como psicólogo. Pude darme cuenta de mis limitaciones y aciertos y de mi interés y vocación hacia la psicoterapia y tengo la intención de prepagándome en este terreno.

Mis sugerencias son poder abrir nuevas oportunidades para desarrollar este tipo de proyectos de prácticas profesionales que nos permitan tener alguna experiencia antes de titularnos de la licenciatura, y en condiciones de acompañamiento y supervisión y en sesiones donde se comparta con el equipo terapéutico nuestras dudas y experiencias de aprendizaje.

También considero conveniente aumentar el número de sesiones terapéuticas para comprobar el cambio de los pacientes/clientes recibidos en la terapia. Desde mi punto de vista considero conveniente llegar a 10 sesiones, si el caso lo

amerita. De igual manera, sugiero que en futuros trabajos e investigaciones, se haga un seguimiento a seis meses de la experiencia de los pacientes/clientes en la terapia para saber su efecto en la solución de los problemas que llevaron a la familia a terapia.

Finalmente, quiero resaltar el apoyo, supervisión y agradecimiento, así como la idea original al Dr. Gilberto Limón quién fue el precursor de este proyecto en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Durante dos semestres trabajamos con la información teórica recopilada y aplicando éstos conocimientos paralelamente a los casos canalizados por el CSP a nuestro Proyecto de Prácticas Profesionales. Gracias a esto, fuimos adquiriendo una pequeña formación terapéutica y aprendiendo concretamente competencias para desarrollar nuestro perfil como futuros terapeutas psicológicos. No obstante, es recomendable prolongar el tiempo de las Prácticas Profesionales para atender más casos en terapia y ampliar esta experiencia

Es primordial resaltar la importancia del “equipo reflexivo” pues es una gran estrategia y ayuda para los terapeutas. El equipo reflexivo ayuda al terapeuta y co-terapeuta a comparar puntos de vista, ya que son “los observadores” de la terapia. El equipo reflexivo ayuda a percatarse y hacer reflexionar a los pacientes/clientes sobre su propio desempeño en la terapia y sobre la posibilidad para retomar temas que los terapeutas dejaron pasar. Lo importante de esta estrategia de intervención del equipo reflexivo, es la formación que nos fue dando en el rol de terapeutas, que en cada sesión se iba rolando entre sus integrantes, para que todos tuviéramos la experiencia de irnos relacionando con los pacientes e ir haciendo intervenciones oportunas.

Por último, sugiero analizar los casos al terminar la intervención de estos, esto nos puede ayudar a enriquecer la formación adquirida durante el proceso de intervención terapéutica.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. (45-59). Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1984). Terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Ávila, J. (2005). Manual de titulación. Carrera de Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, UNAM.
- Bateson, G. (1979). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. (1976). Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beyebach, M. (2001). Introducción a la terapia breve en soluciones. Revista de la Universidad Pontificia de Salamanca. Pp. 1-28.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Terapia sistémica individual. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. Cecchin, G. Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán. Argentina: Amorrortu.
- De Shazer, S. (1991). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa.
- Eguiluz, L. (2001). La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. (2004). Terapia Familiar: Su uso hoy en día. México: Pax.
- Eysenck, H. (1983). Estructura y medición de la inteligencia. Barcelona: Herder.
- Feixas y Miró (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Fish, R., Weackland, J.H. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio: como abreviar la terapia. Barcelona: Herder.

Gergen, K. (1991). El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Paidós.

Gergen, K. y Kaye, J. (1992). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. (199-218). Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1994). Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social. Buenos Aires: Paidós.

Haley, J. (1976). Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1980). Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erikson. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. y Richeport-Haley, H. (2003). El arte de la terapia estratégica. Barcelona: Paidós.

Hoffman, L. (1981). Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. (25-43). Barcelona: Paidós.

Ibáñez, T. (1994). Psicología Social Construccionalista. Jalisco: Universidad de Guadalajara.

Ito, M. (2005). Investigación cualitativa para psicólogos: De la idea al reporte. México: Porrúa.

Jackson, D. (1977). Comunicación, familia y matrimonio. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kenney, B. (1983). Estética del cambio. Buenos Aires: Paidós.

Kenney, B. y Ross, J. (1985). Construcción de terapias familiares sistémicas. Buenos Aires: Amorrortu.

Limón, G. (1997). Psicoterapia y postmodernidad. Perspectivas y Reflexiones. Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales. Barcelona: ETF Sant Pau, Grupo Dictia, Paidós. II, 1, pp. 53-69.

Limón, G. (2005a). El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social. México: Pax.

Limón, G. (2005b). Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas. México: Pax.

Lipchik, E. (2002). Terapia centrada en la solución: Más allá de la técnica. Buenos Aires: Amorrortu.

Madanes, C. (1984). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.

Mastache, C. (2000). La co-construcción del proceso terapéutico: La perspectiva del paciente y la perspectiva del terapeuta. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología: UNAM.

Mahoney, M. J. (1991). Psicoterapia constructiva. Barcelona: Paidós.

McNamee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.

Minuchin, S. (1984). Cambio familiar. México: Paidós.

Minuchin, S. y Simón, G. (1998). El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.

Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989). En busca de soluciones: un enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Robles, F. (2002) Una revisión teórica de los postulados epistemológicos, la historia y el uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia sistémica. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología: UNAM.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). Terapia Familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.

Selvini, M. Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Barcelona: Paidós.

Von Foerster, H. (1991). Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1971). Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Watzlawick, P. (2000). Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio. Buenos Aires: Paidós.

White, M. (1989). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1980). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.

Wolpe, J. (1976). Psicoterapia por inhibición recíproca. España: Brouwer.

Wolberg, L. (1977) La técnica en psicoterapia. Woberg Grune & Stratton New York and london (Traducción de la Universidad Iberoamericana).